

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR GENEVIÈVE MARCOTTE

L'INFLUENCE DU SOUTIEN FAMILIAL ET DES ATTITUDES
DYSFONCTIONNELLES SUR LA DÉPRESSION, LA DÉLINQUANCE ET LA
CONCOMITANCE DE CES TROUBLES AUPRÈS D'UNE POPULATION
ADOLESCENTE

MARS 2001

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La dépression constitue actuellement l'un des troubles les plus préoccupant à l'adolescence. Baron (1993) indique que de 6 à 26% des adolescents québécois présentent une dépression clinique. Un deuxième trouble majeur durant cette période de la vie est la délinquance. Selon Fréchette et LeBlanc (1987), 8.7% des adolescents de milieu scolaire rapportent avoir commis des actes graves de délinquance. La concomitance de ces troubles est aussi reconnue à l'adolescence. Flemming et Offord (1990) rapportent que le tiers des adolescents dépressifs présentent aussi un trouble des conduites en concomitance. Différents auteurs ont tenté d'expliquer ces troubles par les variables familiales et cognitives. Le manque de soutien familial est identifié comme étant lié à la dépression, la délinquance et la concomitance de ces troubles. Le modèle cognitif de Beck (1967) postule que des schèmes cognitifs erronés peuvent agir comme médiateur entre la perception de la réalité et la réponse qui y est donnée et que chaque problématique se caractérise par un ensemble de distorsions cognitives spécifiques. Les écrits suggèrent que la présence de distorsions cognitives influence l'apparition de la dépression à l'adolescence. De très rares écrits se sont intéressés au rôle des distorsions cognitives sur la délinquance et la concomitance. La présente étude tente de répondre à trois objectifs: le premier objectif vise à évaluer le rôle du soutien familial sur la dépression, la délinquance et la concomitance de ces troubles, le second objectif vise à évaluer le rôle des attitudes dysfonctionnelles sur la dépression, la délinquance et la concomitance. Finalement, le troisième objectif consiste à explorer le rôle médiateur des attitudes dysfonctionnelles sur la relation entre le soutien familial et la dépression

ainsi que la délinquance. L'échantillon est composé de 550 étudiants québécois de 3^e et 4^e secondaire, âgés entre 14 et 17 ans. Quatre instruments de mesure ont servi à la cueillette des données. L'Inventaire de la dépression de Beck (IDB) est une mesure auto-évaluative de la dépression. Le questionnaire de délinquance auto-révélee est une sous-échelle de la Mesure d'adaptation sociale et personnelle pour adolescents québécois (MASPAQ) et constitue une auto-évaluation des comportements délinquants. La Mesure de la perception du soutien familial (PSS-FA) évalue le degré de satisfaction des besoins que perçoit le participant. L'Échelle des attitudes dysfonctionnelles (EAD) a pour but de mesurer les différents schèmes cognitifs, soit les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite, à la dépendance et à l'auto-contrôle en plus de l'ensemble des attitudes dysfonctionnelles. Les résultats confirment que les adolescents dépressifs, délinquants et concomitants perçoivent moins de soutien familial que les adolescents du groupe contrôle. De plus, les adolescents dépressifs, délinquants et concomitants adoptent plus d'attitudes dysfonctionnelles que les jeunes du groupe contrôle. Plus précisément, les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance caractérisent le groupe dépressif, alors que les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle caractérisent le groupe délinquant. Par ailleurs, les résultats obtenus ne permettent pas de considérer les attitudes dysfonctionnelles comme ayant un rôle médiateur dans la relation entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance. La poursuite des recherches permettra de clarifier les facteurs d'influence pour les troubles dépressif, délinquant et concomitant. De plus, ces études pourront préciser les différences liées au genre pour les relations ici étudiées.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	8
Dépression	9
Délinquance	14
Concomitance (dépression – délinquance)	17
Soutien familial.....	22
Distorsions cognitives.....	39
Rôle médiateur des distorsions cognitives.....	52
Objectif de recherche et hypothèses	56
MÉTHODE	57
Participants.....	58
Instruments de mesure	58
Déroulement.....	66
RÉSULTATS	67
Analyse des données.....	68
Présentation des résultats	72
DISCUSSION	96
CONCLUSION	119
RÉFÉRENCES.....	123
APPENDICE.....	133

Liste des tableaux

Tableau

1	Distribution des sujets selon le genre et le groupe d'appartenance.....	73
2	Moyennes et écart-types des variables selon le genre	74
3	Moyennes et écart-types des variables selon le genre et le groupe d'appartenance..	76
4	Résultats des analyses de variance genre X groupe d'appartenance	79
5	Intercorrélations entre les variables selon le genre.....	83
6	Intercorrélations entre les variables pour l'échantillon total	84
7	Régressions multiples du soutien familial et des attitudes dysfonctionnelles sur la dépression et la délinquance	87
8	Calcul des intervalles de confiance	91

Remerciements

L'auteure aimerait remercier sa directrice de recherche, Madame Diane Marcotte, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien constant et son expertise au cours de la rédaction de ce mémoire. L'auteure aimerait également remercier Madame Danielle Leclerc pour sa contribution particulière dans l'exécution des analyses statistiques. L'auteure remercie aussi les élèves, le personnel enseignant et la direction des Écoles secondaires De la Salle et Ste-Ursule. Enfin, l'auteure remercie le Fonds pour les chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) dont le soutien financier a facilité la réalisation de cette étude.

Introduction

Caractérisée principalement par une tristesse envahissante et par une perte d'intérêt ou de plaisir, mais aussi par des troubles de l'appétit et du sommeil, par la fatigue, la dévalorisation, les difficultés de concentration ainsi que les pensées négatives et morbides, la dépression est un phénomène d'une ampleur inquiétante dans la population adolescente (APA, 1996). La dépression est bien reconnue chez les adultes, mais depuis quelques années, c'est l'étude de ce trouble à l'adolescence qui préoccupe les chercheurs et les cliniciens. Reynolds (1992) mentionne dans une recension des écrits au sujet de la dépression chez les jeunes, qu'il est impérieux de considérer ce problème de santé mentale comme étant le trouble émotif le plus important durant l'enfance et l'adolescence. Gotlib et Hammen (1992) constatent que les symptômes dépressifs tendent à augmenter substantiellement de l'enfance à l'adolescence et, qu'à l'adolescence, les différences sexuelles liées à la dépression émergent et deviennent similaires à celles rencontrées chez les adultes. La dépression entraîne de nombreuses conséquences au niveau du fonctionnement cognitif, interpersonnel et scolaire chez les jeunes qui sont aux prises avec ce trouble (Gotlib & Hammen, 1992). En effet, les symptômes dépressifs affectent entre autres l'accomplissement à l'école et/ou au travail, lequel entraîne à son tour une baisse de motivation et accentue la dysphorie. Reynolds (1992) rappelle aussi qu'un des problèmes majeurs associés à la dépression chez les enfants et les adolescents est le comportement suicidaire qui constitue une grande préoccupation sociale. De plus, la présence d'un épisode dépressif prédit de façon significative l'apparition future de dépression (Gotlib & Hammen, 1992). Ainsi, à la

lumière de ces informations, l'étude de la dépression paraît des plus pertinente pour améliorer la situation des jeunes.

La délinquance est un autre trouble bien reconnu pour son émergence durant l'adolescence. Moffitt (1993) indique que c'est à l'adolescence, plus particulièrement vers l'âge de 17 ans, que les taux de prévalence et d'incidence sont à leur plus haut niveau. Pour leur part, Fréchette et LeBlanc (1987) mentionnent que le plus haut niveau de délits commis par des adolescents de la région de Montréal est atteint au milieu de l'adolescence. Moffitt (1993) propose qu'il est possible de regrouper les comportements antisociaux selon leur durée et leur stabilité; les comportements antisociaux « temporaires » sont plutôt communs dans la population générale tandis que les comportements antisociaux « persistants et stables » ne sont retrouvés que chez peu d'individus dont les comportements sont souvent extrêmes. Ce sont donc les comportements antisociaux « temporaires » qui tendent à disparaître au début de l'âge adulte, ce qui explique la chute importante du taux de délinquance à cette période de la vie. De même, Rutter, Harrington, Quinton et Pickles (1994) notent que dans la plupart des cas, la délinquance est une phase, ce qui explique l'écart considérable entre le nombre d'offenses juvéniles commises et la proportion d'adultes ayant un dossier criminel. Toutefois, toujours selon Moffitt (1993), les personnes dont les comportements antisociaux sont stables présentaient déjà des manifestations de ces comportements durant l'enfance et ces individus ont tendance à conserver un style de vie antisocial tout au cours de l'âge adulte. Cet auteur remarque que les variations liées à l'âge se situent davantage au niveau des manifestations comportementales, par exemple

un enfant de 4 ans mord et frappe, à 10 ans il fait du vol à l'étalage ou l'école buissonnière, à 16 ans il est impliqué dans la vente de drogue ou même dans un vol de voiture, à 22 ans il commet différents vols ou encore des viols, tandis qu'à 30 ans l'engagement délinquant se concrétise au niveau des abus d'enfants et de la fraude. De plus, tel que mentionné précédemment, un lien est établi entre la stabilité des comportements antisociaux et le caractère extrême de ceux-ci, c'est-à-dire que les crimes les plus « extrêmes » sont habituellement commis par les individus qui présentent une certaine stabilité de comportements antisociaux, et ce, tant dans l'enfance qu'à l'adolescence et à l'âge adulte. Les conséquences à l'âge adulte sont importantes, c'est-à-dire que des difficultés liées au marché du travail seront vécues, mais aussi que des difficultés maritales seront présentes. Pour leur part, Rutter et al. (1994) mentionnent que les problèmes de conduites durant l'enfance sont associés à la criminalité adulte en plus de multiples autres problèmes psychosociaux.

Étant donné qu'il arrive régulièrement à un individu de présenter plus d'un trouble à la fois, il est pertinent d'étudier la concomitance, c'est-à-dire l'apparition conjointe de deux ou plusieurs troubles initialement indépendants, chez une même personne (Hammen & Compas, 1994). D'après Gotlib et Hammen (1992), il est fréquent de retrouver chez les jeunes une concomitance entre d'une part la dépression et d'autre part, le trouble des conduites, le trouble oppositionnel et le trouble anxieux. Selon la recension des écrits effectuée par ces auteurs, le taux de concomitance entre la dépression et le trouble des conduites peut varier de 4% à 33%, tout dépendant du groupe à l'étude (population clinique ou population non-clinique). Rutter et al. (1994)

constatent aussi une forte association entre le trouble des conduites et les symptômes dépressifs de l'enfance à l'âge adulte. Bird, Gould et Staghezza (1993) soulignent l'importance d'étudier la concomitance entre des catégories distinctes de diagnostics, notamment à cause de la possibilité de formuler des hypothèses à propos de l'étiologie et de la vulnérabilité liées à la concomitance elle-même. De plus, ces auteurs précisent que de telles études pourraient influencer les traitements apportés aux troubles, en fonction de leur apparition isolée ou concomitante. D'autre part, Caron et Rutter (1991) soutiennent qu'il est important de porter attention à la concomitance lors des recherches pour deux raisons principales: premièrement les conséquences attribuées au trouble unique pourraient être erronées, car elles seraient plutôt dues à une condition concomitante non évaluée; deuxièmement, les causes d'une condition unique seraient considérées comme telles indépendamment de la présence ou de l'absence d'un second trouble composant alors une condition concomitante. Ainsi, lorsque deux troubles uniques sont étudiés, il semble pertinent de les étudier indépendamment, mais aussi de façon conjointe.

L'étude de la dépression, de la délinquance et de la concomitance implique entre autre un questionnement sur les causes possibles de ces troubles. La famille, étant reconnue pour avoir un rôle majeur dans le développement des jeunes, semble importante à considérer. La présente étude se concentre davantage sur la perception du soutien familial des adolescents, c'est-à-dire la perception qu'ils ont face à la satisfaction de leur besoin de soutien, d'information et de feedback par la famille (Procidano & Heller, 1983). Une recension des écrits permet d'affirmer que d'une part le soutien

familial joue un rôle important dans la compréhension des troubles dépressif (p. ex. Licitra-Kleckler & Wass, 1993), délinquant (p. ex. Aseltine & Gore, 1993) et concomitant (p. ex. Capaldi, 1992) et que d'autre part, l'influence des attitudes dysfonctionnelles, soit un type de distorsions cognitives, sur chacun de ces troubles est aussi étudié dans la présente recherche. Selon Beck (1977), les attitudes dysfonctionnelles peuvent agir en tant que médiateur entre la perception de la réalité et la réponse qui y est donnée. L'activation de ces processus peut impliquer l'émergence de la dépression. Quelques études confirment la théorie cognitive de Beck chez les adolescents dépressifs (p. ex. Garber et al., 1993). D'autres rares études commencent à s'intéresser au lien qu'ont les distorsions cognitives avec la délinquance et la concomitance de la dépression et la délinquance. Tout de même, les études existantes tendent à confirmer une présence accrue de distorsions cognitives chez les jeunes délinquants (p. ex. Hastings, Anderson & Hemphill, 1997) et chez les jeunes concomitants (p. ex. Calache, Martinez, Verhulst, Bourgeois & Peyre, 1994), tout comme chez les jeunes dépressifs.

La présente étude évalue donc le rôle du soutien familial et des attitudes dysfonctionnelles sur la dépression, la délinquance et la concomitance de la dépression et de la délinquance auprès d'une population québécoise adolescente. De plus, le questionnement sur la présence possible d'un effet médiateur des attitudes dysfonctionnelles sur le lien entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance constitue un élément innovateur pour cette recherche.

Trois objectifs sont donc sous-jacents à cette étude. Premièrement, vérifier le lien entre le soutien familial et la dépression, la délinquance ainsi que la concomitance. Deuxièmement, vérifier le lien entre les attitudes dysfonctionnelles et la dépression, la délinquance et la concomitance. Finalement, vérifier l'effet médiateur des attitudes dysfonctionnelles dans la relation entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance.

La présente, fait d'abord état des connaissances actuelles au sujet des variables à l'étude. Ensuite, les hypothèses sont énoncées, suivies des informations sur l'échantillon à l'étude et les instruments de mesure utilisés. Suit alors la présentation des résultats obtenus. Finalement, une discussion et une conclusion permettent de jeter un regard objectif et critique sur l'étude.

Contexte théorique

Dépression

L'adolescence est une période marquée par l'émergence et l'augmentation de certains troubles dont la dépression. Dans une revue des études, Fleming et Offord (1990) notent que la prévalence de la dépression chez les adolescents est nettement plus élevée que chez les enfants. De plus, la présence de dépression à l'adolescence prédit pour plusieurs de ces jeunes que des problèmes de santé mentale sérieux ainsi que des problèmes de fonctionnement psychosocial émergeront à l'âge adulte (Reynolds, 1994). Il devient donc pertinent d'étudier ce sujet pour une meilleure compréhension de la problématique qui occupe une place considérable en santé mentale à l'adolescence.

Jusqu'au milieu des années 60, l'adolescence est considérée comme une période de vie tumultueuse, ainsi les problèmes et difficultés des jeunes sont considérés comme faisant partie du développement normal, excluant ainsi la possibilité d'existence de troubles dépressifs durant cette période du développement (Freud, 1958; Hall, 1904, voir Baron, 1993). Durant les années 70, différentes études contredisent ce courant de pensée, car il semble que les difficultés vécues à l'adolescence ont tendance à se développer en de sérieux troubles psychiatriques à l'âge adulte (Rutter, Graham, Chadwick & Yule, 1976, tels que cités dans Petersen et al., 1993). Ben-Amos (1992) note que ce n'est que vers la fin des années 70 que le phénomène clinique de la dépression infantile est reconnu. Depuis, des avancements majeurs ont eu lieu dans l'étude de la dépression au cours de l'enfance et l'adolescence et on note une

contribution majeure de l'utilisation de l'approche diagnostique (Fleming & Offord, 1990).

Habituellement, le terme dépression réfère à trois définitions possibles, celles-ci étant liées au type d'évaluation et à la classification utilisée: l'humeur dépressive (symptômes dépressifs), le syndrome dépressif ou dépression clinique et le trouble dépressif (selon les critères du DSM-IV).

Tous les individus peuvent à un moment ou un autre, suite à diverses situations, expérimenter de la tristesse ou un sentiment d'être malheureux, ce qu'on nomme aussi les « blues » ou l'humeur dépressive. L'humeur dépressive est parfois associée à d'autres problèmes et peut varier quant à la durée (Petersen et al., 1993). Ces auteurs rapportent aussi qu'à l'adolescence, 25 à 40% des filles ainsi que 20 à 35% des garçons présentent une humeur dépressive.

Ces mêmes auteurs décrivent le syndrome dépressif comme une constellation de symptômes qui se présentent souvent ensemble. De façon similaire, Reynolds (1994) explique que c'est l'apparition d'un ensemble de symptômes liés à l'humeur dépressive qui définit le syndrome dépressif. Des questionnaires d'auto-évaluation servent à l'identification du syndrome dépressif à partir des scores de coupure. Baron et Groulx (1992) rapportent que de 6 à 12% des adolescents américains et 7 à 14.4% des adolescents canadiens, affichent un ensemble de symptômes de dépression, tandis que Garber et al. (1993) indiquent que 12% des adolescents ayant participé à leur étude présentent un ensemble de symptômes de dépression.

Selon Reynolds (1994), le trouble dépressif est constitué d'un ensemble de symptômes dépressifs, ou du syndrome de dépression, répondant aux critères d'une classification donnée. Ainsi, tel que le mentionne cet auteur, contrairement à l'identification de la dépression clinique qui se fait à l'aide de questionnaires auto-évaluatifs, l'identification d'un trouble dépressif se fait par une évaluation diagnostique. Cette évaluation diagnostique, grâce à des critères bien établis, généralement ceux du DSM-IV, tient compte de la présence, de la durée et de la sévérité de l'ensemble des symptômes présentés par l'individu (Petersen et al., 1993). Suite à la recension de 14 études effectuées auprès de populations adolescentes non cliniques, ces auteurs ressortent qu'en moyenne, 7% des adolescents présentent un trouble dépressif. Pour leur part, Fleming et Offord (1990) indiquent, suite à une recension de plusieurs données d'études différentes, que le diagnostic de dépression majeure est apposé chez 0.4 à 6.4% des sujets adolescents. De plus, Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas et Finkelstein (1984) indiquent que 57% des jeunes de l'échantillon « clinique », âgés de 8 à 13 ans, répondent aux critères du trouble dépressif.

Pour leur part, Biederman, Faranoe, Mick et Lelon (1995) tentent de déterminer ce qui différencie les jeunes présentant une dépression majeure d'intensité moyenne de ceux qui ont une dépression majeure d'intensité sévère. Ils remarquent, dans leur échantillon de jeunes ayant consulté en psychiatrie, que ceux qui présentent une dépression majeure sévère ont plus de problèmes de fonctionnement psychosocial que ceux dont la dépression majeure est considérée comme moyenne. Toutefois, ces auteurs

rapportent des similitudes pour les deux groupes de jeunes à quelques niveaux: le nombre de symptômes, le nombre moyen d'épisode(s), la durée moyenne de la maladie et la proportion de leur vie passée à l'intérieur d'un épisode dépressif.

Quelques études longitudinales portant sur la dépression à l'adolescence tentent d'établir l'évolution de la dépression dans le temps, et ce, tant chez les filles que chez les garçons. Ainsi, Capaldi (1992) rapporte que 38.7% des jeunes d'un groupe dépressif en 6^e année scolaire présentent toujours un niveau élevé de dépression en 8^e année scolaire, soit deux ans plus tard. De plus, Slavin et Rainer (1990) notent que le niveau de symptômes dépressifs au « temps 1 » de leur étude est le meilleur prédicteur des symptômes dépressifs futurs, soit huit mois plus tard au « temps 2 ». Dans ce sens, Ge, Best, Conger et Simons (1996) soutiennent que les symptômes « précoces » de détresse sont prédicteurs des symptômes dépressifs futurs, et ce, sur une période de trois ans. Cependant, Allgood-Merten, Lewinsohn et Hops (1990) expliquent que contrairement à leurs prédictions, les résultats de leur étude longitudinale ne démontrent aucune augmentation des symptômes dépressifs avec l'âge durant l'adolescence. Ainsi, il semble que la présence initiale de détresse puisse expliquer l'apparition future de la dépression, mais que les symptômes dépressifs initiaux entraînent davantage une certaine stabilité, expliquant la présence future et non pas l'augmentation de ces symptômes dépressifs.

De façon quasi unanime, les nombreuses recherches portant sur la dépression à l'adolescence indiquent que les filles montrent plus de symptômes dépressifs que les

garçons (Baron & Perron, 1986; Barrera & Garrison-Jones, 1992; Ge et al., 1996; Nolen-Hoeksema, 1990). Larsson et Melin (1990) affirment même que le niveau moyen de symptômes dépressifs des filles peut atteindre le double de celui des garçons.

D'autres auteurs ont tenté d'identifier l'âge auquel émergent les différences liées au genre dans la dépression. Fleming et Offord (1990) constatent, à partir d'une recension de plusieurs écrits à ce sujet, que les études présentent des résultats inconsistants sur ce point. Pour Ge, Lorenz, Conger, Elder et Simons (1994), ce n'est qu'après l'âge de 13 ans que les filles affichent plus de symptômes dépressifs, car avant cet âge, ce sont les garçons qui sont dans cette situation. Ces résultats vont dans le même sens que ceux relevés par d'autres auteurs, à l'effet que les filles sont davantage dépressives que les garçons dès l'âge de 14 ans (Kandel & Davies, 1982; Patten et al., 1997). Bien qu'Ehrenberg, Cox et Koopman (1990) ne mentionnent aucune association significative entre le genre et le niveau de dépression chez les sujets du groupe « jeune adolescence » (13 à 15.5 ans), ils notent des différences significatives pour les deux groupes d'adolescents plus âgés (15.5 à 17 ans et 17 à 19 ans), c'est-à-dire qu'à ces groupes d'âge, la proportion de filles dépressives dépasse celle des garçons. D'autre part, Teri (1982) explique que malgré la diminution de l'écart entre les scores de dépression chez les filles et les garçons avec le temps, l'interaction entre l'âge et le genre n'est pas significative. Parallèlement, Baron et Peixoto (1990) affirment que l'interaction entre l'âge et le genre en fonction de la dépression n'est pas significative au sein de leur population d'adolescents.

Délinquance

Le dictionnaire de la psychologie de Larousse (1991) définit la délinquance comme « l'ensemble des infractions qui se commettent en un temps et en un lieu donnés ». À cette définition, on ajoute que: « la délinquance est un phénomène universel lié à la vie sociale [...] et est caractéristique d'une conduite antisociale exprimant l'inadaptation d'un individu à la société ». Pour leur part, Fréchette et LeBlanc (1987) définissent la délinquance selon quatre construits: une conduite juvénile lorsque l'auteur des actes délictuels est âgé de moins de 18 ans; une conduite dérogatoire lorsque l'individu agit de façon contraire à ce qui est prescrit par la loi; une conduite incriminable (judiciaire) lorsque la possibilité d'arrestation et/ou de comparution judiciaire, suite à l'acte illégal posé, est présente; une conduite sélectionnée lorsque la catégorie d'actes acquis et stables présentent une dangerosité sociale.

Yoshikawa (1994) rapporte que la délinquance et le trouble des conduites sont des construits bien différents, c'est-à-dire qu'il est question d'une définition psychiatrique pour le trouble des conduites et qu'il est plutôt question d'une définition légale pour la délinquance. Moore et Arthur (1989, cités dans Yoshikawa, 1994) ont toutefois observé la convergence de ces deux construits au niveau de la délinquance chronique, car on y observe une répétition de comportements antisociaux, tel que dans le trouble des conduites. Ben-Amos (1992) constate que la distinction entre la délinquance juvénile et le trouble des conduites n'est pas claire dans les différentes recherches. En

effet, plusieurs recherches même très récentes, ne distinguent pas ces problématiques l'une de l'autre, ce pourquoi nous avons considéré l'ensemble des écrits.

Fréchette et LeBlanc (1987) remarquent que deux grands courants existent en psychologie pour l'explication de la délinquance. Avant les années 60, le passage à l'acte criminel répétitif est perçu comme une expression symptomatique d'un trouble psychiatrique ou d'une affection d'une autre nature que délinquante. Depuis les années 60, un nouveau courant de pensée émerge et se base davantage sur la criminologie. La délinquance est alors comprise comme un syndrome spécifique dont l'intensité est déterminée par des caractéristiques psychologiques et sociales. Ainsi, à partir de ce moment, la délinquance n'est plus conçue comme la conséquence symptomatique d'une autre affection. C'est dans cette optique qu'aujourd'hui la délinquance est étudiée.

Ces mêmes auteurs expliquent que deux grands types de délinquance existent au sein de la société, c'est-à-dire la délinquance cachée et la délinquance sanctionnée. La délinquance cachée, caractérisée par l'ignorance de la société face à sa présence, est quasi-universelle. En effet, en plus d'y inclure les actes sérieux cachés, on y inclut tous les actes de déviance ou d'indiscipline cachée, souvent mineurs, par exemple aller dans un bar avant 18 ans, voler une friandise au dépanneur du coin, visionner un film réservé aux personnes de 18 ans et plus sans avoir atteint cet âge, etc. Ainsi, dès qu'un jeune pose un seul acte qui enfreint la loi, il est considéré comme délinquant dans cette classification. De plus, cette délinquance est souvent ponctuelle et ne persiste pas au cours des années. La délinquance sanctionnée est quant à elle, définie par les

comportements déviants relevant directement de lois et de réglementations et auxquels on apporte des sanctions judiciaires, par exemple le vol par effraction, le vol de véhicule automobile, le vol qualifié, les méfaits publics, les voies de fait, etc.

Toujours selon Fréchette et LeBlanc (1987), 92.8% des jeunes âgés de 12 à 18 ans reconnaissent avoir posé au moins un agir délinquant au cours de l'année précédant l'étude, ce qui correspond à la définition de la délinquance cachée. Toutefois, ces mêmes auteurs révèlent que seulement 8.7% des jeunes en milieu scolaire ont commis des actes délinquants plus graves, c'est-à-dire une délinquance sanctionnée.

De nombreux auteurs (p.ex. Ge et al., 1996) notent que les garçons sont davantage engagés dans la délinquance que les filles à l'adolescence. Parallèlement, Fréchette et LeBlanc (1987) soutiennent que les garçons commettent de deux à cinq fois plus d'actes délinquants que les filles, et ce, pour l'ensemble de la délinquance; ce bilan exclut la promiscuité où les filles sont davantage impliquées. Pour ce qui est de la délinquance grave, ils affirment que la prévalence est cinq fois plus élevée chez les garçons que chez les filles. De plus, les garçons ont tendance à présenter une plus grande diversité d'activités délinquantes que les filles.

Dans le cadre de l'étude du trouble des conduites, Capaldi (1992) note une forte stabilité de ce trouble entre la 6^e et la 8^e année. En effet, 63.9% des sujets du groupe initial « trouble des conduites » demeurent avec un niveau élevé de comportements liés au trouble des conduites sur une période de deux ans. Les individus, majoritairement les garçons, qui développent un trouble des conduites durant l'enfance ont davantage

tendance à présenter ce trouble de façon persistante et aussi à développer un trouble de personnalité antisociale à l'âge adulte que les personnes dont le trouble apparaît à l'adolescence (DSM-IV). McGee, Feehan, Williams et Anderson (1992) soulignent aussi qu'il y a une forte prédominance masculine pour le trouble des conduites durant l'enfance et ajoutent que l'augmentation de la délinquance adolescente est davantage marquée chez les filles. Pour leur part, Silverthorn et Frick (1999) précisent que plusieurs de ces filles, dont la délinquance débute à l'adolescence, présentent les mêmes caractéristiques pathologiques que les garçons dont le début de la délinquance se fait durant l'enfance. D'autre part, les études portant sur la délinquance font rapport d'une certaine évolution de la situation problématique chez les jeunes au cours des années. Fréchette et LeBlanc (1987) expliquent que la délinquance a tendance à s'aggraver avec l'âge, c'est-à-dire que la nature des actes délinquants augmente en gravité avec le temps. Dans ce sens, Yoshikawa (1994) souligne que les comportements antisociaux sévères durant l'enfance peuvent se poursuivre à l'adolescence et que cette évolution représente un risque élevé pour l'apparition d'une délinquance chronique. De même, Ge et al. (1996) rapportent qu'un lien significatif ressort entre la présence de comportements délinquants en 7^e année et l'émergence d'un trouble des conduites en 10^e année.

Concomitance (dépression – délinquance)

L'étude de la concomitance de la dépression et de la délinquance est un phénomène relativement récent, malgré que de plus en plus d'études s'intéressent à ce sujet. Ben-Amos (1992) rapporte, suite à une recension des écrits concernant la

concomitance entre la dépression et le trouble des conduites, que trois grands modèles ont servi à l'explication du lien existant entre les deux troubles: « le modèle de la relation causale directe, le modèle de la relation causale indirecte et l'hypothèse d'un modèle à finalité commune ».

Le modèle de relation causale directe, tel que rapporté par Ben-Amos (1992), comprend les études qui tentent d'établir un lien direct et bien défini entre la dépression et la délinquance. Au milieu des années 70, divers auteurs considèrent la délinquance juvénile selon deux angles: premièrement comme étant une conséquence de la dépression et deuxièmement comme étant un mécanisme de défense contre l'émergence de la dépression. Ainsi, selon le premier courant de pensée, la délinquance suit chronologiquement la dépression. Tandis que le deuxième courant, tout à fait contraire, considère la dépression comme apparaissant à la suite de la délinquance. L'auteur explique qu'à l'époque, les différentes recherches suggèrent que les « pertes » vécues durant l'enfance n'impliquent pas l'émergence directe de la dépression, mais favorisent plutôt l'apparition de la délinquance, laquelle permet au jeune de se défendre contre l'apparition possible de la dépression.

Vers la fin des années 70, l'hypothèse de la relation linéaire simple est rejetée au profit du modèle de relation causale indirecte. La dépression et le trouble des conduites sont alors considérés comme des problématiques découlant d'un trouble de la personnalité initialement présent. La chronologie d'apparition de la dépression et du trouble des conduites n'est alors pas déterminée et ce modèle semble trop général pour

composer avec la complexité du problème, ce qui explique l'apparition d'un troisième modèle (Ben-Amos, 1992).

Faisant son apparition vers le milieu des années 70, mais davantage adopté dans les années 80, « l'hypothèse d'un modèle à finalité commune » est le modèle le plus récent selon Ben-Amos (1992). Cette hypothèse a d'abord été proposée par Akiskal et McKinney (1975) et suggère que malgré la diversité des prédispositions qui causent la concomitance, le résultat est semblable pour tous, donc une finalité commune existe. Ce modèle ne permet pas de déterminer la chronologie d'apparition des différents troubles, ce qui transparaît encore aujourd'hui dans les études parfois antagonistes.

D'autre part, il est possible de relever la présence de deux approches pour définir les situations où deux ou plusieurs troubles apparaissent ensemble. Premièrement, ces situations peuvent être définies en terme de « concomitance », c'est-à-dire que deux ou plusieurs troubles identifiés à l'aide de diagnostics bien définis se manifestent de façon conjointe chez un même individu à un même moment (Hammen & Compas, 1994; Maser & Cloninger, 1990, voir Hinden, Compas, Howell & Achenbach, 1997). Deuxièmement, ces situations peuvent être abordées en terme de « co-variation », faisant référence à des variations quantitatives de divers symptômes (Hinden et al. 1997). Cette deuxième approche évalue donc la présence et le degré de manifestation des divers symptômes présents chez une même personne pour déterminer s'il y a une co-variation de deux ou plusieurs problématiques (Hammen & Compas, 1994).

Selon Fleming et Offord (1990), près du tiers des adolescents dépressifs présentent de façon concomitante un trouble des conduites. De plus, Angold et Costello (1993) rapportent que les jeunes dépressifs ont un taux de trouble des conduites et oppositionnel de 3.6 à 9.5 fois plus élevé que les jeunes non dépressifs. D'autre part, une étude effectuée auprès de jeunes ayant consulté en psychiatrie révèle que plus de 95% de ces sujets avec un diagnostic de dépression majeure sévère ou moyenne, présentent au moins un autre trouble en concomitance, dont le trouble des conduites (Biederman et al., 1995).

Nieminen et Matson (1989) reconnaissent également la présence de la concomitance et indiquent qu'une relation significative existe entre la dépression et le trouble des conduites. Dans ce sens, Messier et Ward (1998) reconnaissent que les jeunes adolescents en détention présentent plus de symptômes dépressifs que les jeunes adolescents de la population générale, et ainsi que plusieurs de leurs participants ont un trouble concomitant. De plus, lors d'une étude effectuée auprès de jeunes adolescents hospitalisés, Robinson, Jenson et Yaffe (1992) remarquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les jeunes du groupe concomitant et ceux du groupe dépressif au niveau des symptômes dépressifs, et ce, bien que le groupe dépressif présente un peu plus de symptômes.

Capaldi (1992) fournit une explication permettant de saisir le lien unissant la délinquance à la dépression. Selon elle, la délinquance amène un adolescent à vivre plusieurs échecs et de nombreux problèmes d'adaptation, ce qui éventuellement peut

entraîner l'apparition de symptômes dépressifs, voir d'un trouble dépressif, étant donné le manque d'habiletés sociales de ces jeunes. Elle mentionne aussi que les jeunes du groupe concomitant expérimentent davantage la délinquance « expérimentale », en contraste à la délinquance « chronique ». De façon similaire, Loeber et Keenan (1994) concluent suite à une revue de la littérature, qu'en général on s'entend pour affirmer que l'apparition du trouble des conduites précède l'émergence du trouble dépressif. Confirmant ces différentes études, Ge et al. (1996) remarquent que la présence de comportements délinquants chez les jeunes adolescents est prédictrice de la concomitance, mais non du trouble des conduites seul. De plus, ils notent que contrairement aux comportements délinquants, les symptômes dépressifs ne permettent pas la prédiction de la concomitance. Ainsi, selon ces auteurs, le trouble concomitant semble émerger de la délinquance à prime abord qui a ensuite entraîné la dépression. Bien que certains auteurs s'entendent sur l'ordre d'apparition des troubles composant la concomitance, il est important de noter que les divergences d'opinion ne sont pas encore résolues.

En plus de proposer une chronologie quant à l'apparition des différents troubles composant la concomitance, Capaldi (1992) explique que les troubles concomitants démontrent une stabilité semblable à celle de la dépression et du trouble des conduites sur une période de deux ans, soit de la 6^e à la 8^e année scolaire. D'autre part, Loeber et Keenan (1994) expliquent que l'interaction entre deux troubles (concomitance) ne permet pas d'affirmer que son influence sera la même pour chacun des troubles, c'est-à-dire que l'évolution (augmentation ou diminution) de la concomitance n'a pas

nécessairement une influence directe et proportionnelle sur les troubles qui la composent. Par exemple, il serait possible d'observer une augmentation du trouble des conduites à la suite de l'augmentation de la concomitance tout comme une escalade du trouble des conduites suite, cette fois-ci, à une diminution de la situation concomitante.

D'après Kandel et Davies (1982), les filles ont plus de probabilités de vivre un trouble concomitant que les garçons. Selon ces auteurs, les filles délinquantes sont davantage perturbées psychologiquement par leur dysfonctionnement normatif, ce qui explique l'apparition conjointe de la délinquance et de la dépression. De façon opposée, Ge et al. (1996) stipulent que le taux de concomitance est similaire chez les filles et les garçons à l'adolescence. Pour leur part, Giguère, Marcotte, Fortin, Potvin, Royer et Leclerc (2000) indiquent que la présence de la concomitance (délinquance, trouble extériorisé et dépression) est similaire chez les deux sexes, mais l'expression de la concomitance diffère selon le sexe. En effet, 57% des filles et 23% des garçons présentant un trouble extériorisé et/ou délinquant ont un trouble dépressif concomitant. De façon contraire, 31% des filles et 46% des garçons ayant un trouble dépressif présentent de façon concomitante un trouble extériorisé et/ou délinquant. Ainsi, les filles du groupe concomitant sont davantage dépressives tandis que les garçons du groupe concomitant présentent plus de troubles extériorisés et/ou délinquants.

Soutien familial

De nombreux auteurs (p. ex. Baron, 1993) estiment que la famille et les parents sont les sources premières de soutien chez les jeunes, d'où l'importance d'étudier le

soutien familial chez les adolescents. La perception du soutien familial est définie par Procidano et Heller (1983) comme étant la perception de satisfaction qu'a un individu face à ses besoins de soutien, d'information et de feedback en provenance de la famille. Bien que près de la moitié des adolescents nomment un de leurs parents comme source de soutien social, il demeure qu'environ le quart de ces adolescents ne nomment aucun parent comme source de soutien social (Patten et al., 1997).

Soutien familial et dépression

Le rôle de la famille dans l'explication de la dépression est de plus en plus reconnu et diverses études reflètent cette relation (p. ex. Hammen, 1991). De nombreuses facettes de la famille sont étudiées en lien à la dépression, dont le soutien familial.

Baron et Groulx (1992) affirment que les pertes, notamment le décès d'un ou des parents durant l'enfance, influencent la manifestation des symptômes dépressifs. D'autre part, Reicher (1993) rapporte que le soutien familial a un effet marqué sur le bien-être psychologique des adolescents, notamment sur les problèmes intériorisés. Il soutient que l'augmentation de la prévalence de tels problèmes est intimement liée à de mauvaises relations familiales. L'étude de Morano, Cisler et Lemerond (1993), effectuée auprès de 40 adolescents âgés de 13 à 18 ans hospitalisés en psychiatrie, rapporte que l'appartenance aux groupes « avec ou sans tentatives de suicides » peut être prédite par différents facteurs : « le désespoir, les pertes, l'importance du soutien social et la satisfaction avec les soutiens social et familial ». Cependant, les expériences de

pertes et le soutien familial ressortent comme étant les meilleurs prédicteurs des tentatives de suicide.

L'effet du soutien familial sur la santé psychologique générale est démontré, mais plusieurs auteurs vont plus loin et établissent précisément cet effet du soutien familial sur la dépression. Baron, Joubert et Mercier (1991) affirment qu'en premier lieu, le changement de milieu de vie et qu'en second lieu, les problèmes personnels et familiaux sont précurseurs de la dépression (mesurée par l'IDB : Inventaire de la dépression de Beck) chez des adolescents francophones âgés de 14 à 18 ans. Pour sa part, Donnelly (1999) a étudié les facteurs associés à la dépression chez plus de 800 étudiants irlandais, âgés de 11 à 15 ans. Les résultats de cette recherche démontrent notamment que les adolescents qui perçoivent leur famille comme étant non-cohésive et peu soutenante tendent à présenter davantage de symptômes dépressifs. Licitra-Kleckler et Wass (1993) ont effectué une étude auprès de plus de 500 étudiants américains de la 11^e et de la 12^e année et ont utilisé le PSS-F (*Perceived Social Support Scale – Family Support subscale*) pour évaluer le soutien familial. De leur étude, il ressort que les adolescents percevant recevoir un faible niveau de soutien familial présentent plus de symptômes dépressifs que les jeunes qui ont une perception positive du soutien familial reçu. Parallèlement, Patten et al. (1997) rapportent que les jeunes recevant du soutien des deux parents ont un taux significativement moins élevé de symptômes dépressifs que les jeunes vivant avec un ou deux parent(s) non soutenant(s), et ce, suite à une étude effectuée auprès de plus de 5000 adolescents âgés de 12 à 17 ans.

À la lumière d'une étude effectuée auprès d'adolescents hospitalisés en psychiatrie, le même type de relation apparaît, c'est-à-dire que le haut niveau de soutien familial est de nouveau associé à une faible présence de dépression (Barrera & Garrison-Jones, 1992). Tout en reconnaissant l'impact du faible soutien parental sur la présence accrue de symptômes dépressifs, Patten et al. (1997) rapportent que l'aide apportée aux parents pour établir et maintenir des relations soutenantes avec leur enfant permet de diminuer la probabilité d'apparition des symptômes dépressifs chez les adolescents.

L'étude du soutien familial et de la dépression se fait aussi par l'entremise des types de structure familiale. Patten et al. (1997) identifient, pour les fins de leur recherche réalisée auprès de plus de 5000 adolescents âgés de 12 à 17 ans, quatre types de familles: famille avec les deux parents, monoparentale (mère ou père) et absence des deux parents. Selon ces auteurs, l'absence des parents à la maison n'a pas d'influence sur les symptômes de dépression chez les sujets de l'étude. Cependant, un plus haut taux de symptômes dépressifs chez les jeunes est remarqué au sein des familles où les parents vivent ensemble, mais où aucun d'eux n'est disponible à recevoir les confidences de l'adolescent. L'influence des familles monoparentales (maternelles et paternelles) est semblable à celle des familles où les parents vivent ensemble, c'est-à-dire qu'il y a augmentation des symptômes dépressifs lorsque l'adolescent perçoit un manque de soutien de la part du seul parent avec lequel il vit. Toutefois, chez les garçons, l'augmentation des symptômes dépressifs en lien au soutien familial semble moins importante dans les familles monoparentales que dans les familles où les parents vivent ensemble. D'autres études portent sur l'influence directe du type de structure

familiale sur la dépression, mais cette fois-ci sans considérer le soutien familial dispensé par ces familles de type intactes ou non intactes. Comme le mentionnent Dalferro et Marcotte (article soumis), les conclusions à ce sujet sont inconsistantes; c'est-à-dire que pour quelques uns, les familles non intactes semblent constituer un facteur de risque pour la dépression (p. ex. Kandel & Davies, 1982), tandis que pour d'autres, le divorce des parents peut être bénéfique pour certains adolescents (p. ex. Muransky, 1995, voir Dalferro & Marcotte, article soumis). Les résultats obtenus par Dalferro et Marcotte (article soumis) indiquent que les adolescents provenant des familles non-intactes présentent plus de symptômes dépressifs que les adolescents de familles intactes, et ce, chez les deux genres.

Plusieurs auteurs, toujours dans l'optique de l'étude du soutien familial et de la dépression, soulignent les différences liées au genre des adolescents ainsi qu'au genre du parent fournissant le soutien. Patten et al. (1997) remarquent que lorsque le soutien provient seulement de la mère plutôt que des deux parents et que ce soutien est défaillant, les adolescents des deux sexes présentent de plus hauts taux de symptômes dépressifs, mais cela est davantage perceptible chez les filles. De même, dans le cadre d'une étude longitudinale d'une durée de quatre ans, Ge et al. (1994) indiquent que le faible soutien maternel entraîne, avec le temps, une augmentation significative des symptômes dépressifs chez les filles. Slavin et Rainer (1990) présentent des résultats semblables, mais selon eux, l'absence de soutien familial entraîne plus de symptômes dépressifs pour les filles que les garçons, et ce, sur une période de huit mois. Patten et al. (1997) remarquent aussi que lorsque le père est la seule source de soutien, en

comparaison aux deux parents, il ne ressort des taux de dépression plus élevés que chez les jeunes filles. Cette situation, où la jeune adolescente présente davantage de symptômes dépressifs, est aussi remarquée lorsqu'il y a absence totale de soutien familial, c'est-à-dire qu'aucune source de soutien n'est présente au sein de la famille (Patten et al., 1997). L'influence du manque de soutien familial sur la présence accrue de symptômes dépressifs semble donc plus importante pour les filles. Le développement de l'estime de soi des filles semble effectivement se baser davantage sur les relations interpersonnelles, ce qui peut expliquer cette tendance.

Bien que plusieurs auteurs portent leur attention sur le lien entre le soutien familial et la dépression, d'autres recherches présentent plutôt la différence d'influence entre le soutien familial et le soutien amical sur la dépression. Selon Aseltine et Gore (1993), dont la recherche longitudinale est effectuée auprès d'un peu moins de 1000 étudiants âgés de 14 à 17 ans lors de la première prise de données, le changement au niveau des symptômes dépressifs peut être prédit par la modification du stress familial et amical, ainsi que par le niveau de soutien familial et amical. Dans ce sens, ils soutiennent que le faible niveau de symptômes dépressifs est associé à un plus haut niveau de soutien familial. Ces auteurs vont même jusqu'à indiquer que le faible niveau de sentiments dépressifs chez les jeunes diplômés, en comparaison aux élèves juniors ou seniors, est dû à l'amélioration des relations amicales, mais surtout à l'amélioration des relations familiales. Kandel et Davies (1982) rapportent des résultats semblables et énoncent que le soutien familial est aussi important que le soutien amical, sinon plus. L'étude de Sicotte et Marcotte (1998), effectuée auprès d'une population scolaire

francophone, fait mention de la présence de faible soutien global, familial et amical chez les adolescents déprimés. De plus, le soutien des amis n'a pas de lien significatif avec la dépression pour la population féminine de cette étude.

Quelques auteurs, dont Reicher (1993) remarquent que le faible soutien familial ne peut être compensé par les relations amicales. Barrera et Garrison-Jones (1992) ont étudié 94 adolescents âgés de 12 à 17 ans hospitalisés en psychiatrie. Selon ces auteurs, le soutien familial agit comme une protection contre la dépression, tandis que le soutien amical n'agit pas nécessairement dans ce sens, c'est-à-dire que son influence est dépendante du type de soutien familial reçu. En effet, ils indiquent qu'un bon soutien familial associé à un fort soutien amical aura un effet protecteur contre la dépression, tandis qu'un bon soutien amical combiné à un soutien familial défaillant aura une influence négative sur la dépression. Toutefois, tel que mentionné dans cette étude, il demeure pertinent d'interpréter ces résultats avec prudence, car ils sont opposés à ceux habituellement obtenus dans les études portant sur ce sujet. De plus, ces résultats découlent d'une étude faite auprès de jeunes hospitalisés en psychiatrie, ce qui limite la possibilité de généralisation. Reicher (1993) ressort tout de même des conclusions semblables, c'est-à-dire que l'association du faible soutien familial avec un haut soutien amical est liée à des scores significativement plus élevés pour les symptômes dépressifs, mesurés à l'aide de l'IDB. Toutefois, ce lien ne semble être adapté que pour les filles, tandis que pour les garçons les effets du soutien amical sont plus difficiles à prédire.

Tel que mentionné précédemment, l'étude de la famille en lien à la dépression ne se limite pas au soutien familial, mais réfère plutôt à un ensemble de concepts concernant la famille. Ainsi, visant une revue des connaissances plus complète, quelques recherches pertinentes concernant des sujets connexes sont présentées dans les pages suivantes.

Toujours dans le but d'étudier l'impact de la famille sur la dépression, Ge, Conger, Lorenz, Shanahan et Elder (1995) tentent de confirmer leur hypothèse selon laquelle une influence mutuelle existerait entre la détresse parentale et la détresse des enfants. Il ressort effectivement de leur recherche que les symptômes de détresse psychologique d'un individu sont affectés par la détresse des autres membres de la famille. Les auteurs remarquent toutefois que cette influence mutuelle est davantage marquée entre la détresse des garçons et celle de leur mère d'une part, ainsi qu'entre la détresse des filles et celle de leur père d'autre part.

Le style d'autorité parentale est aussi lié au soutien familial. En effet, Kandel et Davies (1982) soutiennent que les jeunes provenant de familles où les membres sont « proches », c'est-à-dire lorsque les membres sont présents les uns pour les autres et où le style d'autorité parentale est « démocratique », ont moins tendance à être déprimés que les jeunes vivant au sein de familles dont le style d'autorité parentale est « autoritaire ou laisser faire ». Pour sa part, Capaldi (1992) étudie auprès d'une population adolescente de garçons américains, l'influence qu'a sur la dépression, le type de gestion familiale composée de trois facteurs : la discipline, la capacité des parents à

observer et identifier les problèmes de leur enfant et la perception du jeune et des parents des activités familiales vécues. Cette auteure remarque que chez les jeunes dépressifs, la gestion familiale s'était améliorée sur une période de deux ans, soit de la 6^e à la 8^e année. Toutefois, les adolescents dépressifs continuaient à rapporter un taux significativement faible d'activités familiales, et ce, contrairement à la perception de leurs parents.

Les diverses études ici présentées démontrent bien l'existence d'un lien entre les variables familiales et la dépression. Il ressort que le type de structure familiale, la détresse parentale ainsi que le style d'autorité parentale sont liés à la dépression. Plus spécifiquement, il est démontré qu'une relation existe entre le soutien familial et les symptômes dépressifs chez les adolescents. Il est à noter que cette relation a été observée tant dans les études portant sur des populations scolaires que dans celles portant sur des populations cliniques (milieu psychiatrique).

Soutien familial et délinquance

Comme le rappelle Yoshikawa (1994), l'étude de la délinquance entraîne nécessairement un questionnement sur les causes de cette problématique. Suite à une revue des écrits à ce sujet, l'auteur constate que les variables familiales constituent un des prédicteurs les plus puissants de la délinquance.

Tel que le mentionne Marquis (1992), depuis plusieurs années la famille est considérée comme étant le fondement du développement social d'un individu. Pourtant

celle-ci vit depuis quelques années un affaiblissement certain, ce qui implique des conséquences individuelles et sociétares. C'est donc dans cette optique que différents chercheurs se sont penchés sur le lien unissant famille et délinquance. La famille a été étudiée sous divers aspects, dont le soutien familial, la discipline, le fonctionnement et l'attachement.

Quelques recherches portent particulièrement sur le soutien familial en tant que variable liée à l'émergence ou au maintien de la délinquance. Aseltine et Gore (1993) démontrent l'association entre un fort soutien familial et la faible probabilité de délinquance. De façon contraire, le soutien des amis et le stress provenant des pairs ont une influence quant à l'augmentation du niveau de délinquance observée chez les jeunes en question. Ces auteurs notent aussi qu'avec le temps, les jeunes ont tendance à présenter moins de comportements délinquants, ce qu'ils expliquent par l'amélioration du soutien et des relations familiales dans le temps. En effet, selon ces auteurs, les adolescents développent une maturité au cours des années et cela leur permet d'entretenir de meilleures relations avec leurs parents, ce qui modifie positivement le soutien en provenance de la famille et diminue ainsi les comportements délinquants. Ceci pouvant aussi s'expliquer par la diminution du besoin pour l'adolescent de provoquer ses parents avec des comportements déviants, tout en améliorant davantage les relations familiales et le soutien provenant des parents.

Dans l'étude de Weist, Paskewitz, Jackson et Jones (1998), les délinquants rapportent avoir de moins bons résultats scolaires, plus d'absences en classe et indiquent

aussi provenir de familles moins cohésives. Utilisant le PSS-F comme mesure du soutien familial auprès de plus de 500 jeunes dont la moyenne d'âge est 17.5 ans, Licitra-Kleckler et Waas (1993) trouvent des résultats semblables. En effet, dans leur étude un lien ressort entre le faible soutien familial et l'apparition de multiples problèmes, notamment les problèmes scolaires et familiaux ainsi qu'une consommation de drogues et d'alcool plus fréquente et variée. De plus, les adolescents qui perçoivent un faible soutien en provenance de la famille rapportent être engagés dans plus d'actes délinquants mineurs et de crimes sérieux. Cet engagement dans des crimes sérieux, en regard du manque de soutien familial, est davantage observé chez les garçons. Effectivement, le soutien familial perçu n'a pas d'influence sur le nombre d'actes délinquants commis par les filles optant pour une criminalité sérieuse. Newcomb (1997) a observé l'évolution de l'impact du soutien de la famille, des amis et des adultes de l'environnement sur l'apparition future de diverses problématiques chez environ 500 personnes âgées de 18 à 30 ans. Bien que cette étude porte sur des jeunes adultes, l'auteur indique que le soutien familial reçu durant l'adolescence réduit les problèmes futurs associés aux « drogues, au travail, à la famille, à la santé, aux plaintes psychosomatiques et à la détresse émotionnelle ». Ainsi, l'importance de l'étude du soutien social et familial a sa place, non pas seulement dans la compréhension des dynamiques adolescentes, mais aussi adultes.

La perception du soutien familial ressort donc comme une variable cruciale pour l'explication de troubles extériorisés. Toutefois, dans le but d'une meilleure

compréhension du rôle de la famille sur les troubles extériorisés, quelques études incluant d'autres variables familiales sont ici présentées.

L'aspect de la discipline familiale est bien couvert par les études sur la délinquance, et ce, en regard de quelques sous-composantes, notamment les règles, la supervision, la discipline et la gestion familiale. LeBlanc (1990) étudie entre autres, la délinquance par rapport au lien familial, celui-ci étant composé des règles familiales, de la supervision parentale et de la discipline dispensée par les parents. De son étude longitudinale de deux ans, effectuée auprès de 500 garçons québécois de 12 à 16 ans de milieu scolaire et non scolaire, cet auteur souligne l'effet direct qu'ont les contraintes, comme la discipline et la supervision sur la délinquance; c'est-à-dire qu'un manque de discipline et de supervision a un effet direct sur la présence de délinquance auto-révlée. De même, Peiser et Heaven (1996) indiquent que le style de discipline punitive est lié à un lieu de contrôle externe lui-même associé à la délinquance, mais aussi que ce style de discipline est directement lié à un plus haut niveau de délinquance auto-révlée. Selon LeBlanc (1990), l'impact des contraintes imposées par les parents sur la délinquance auto-révlée se développe au cours de l'adolescence et c'est vers la fin de cette période que leur importance dans l'explication de la délinquance est la plus grande. Pour sa part, Capaldi (1992) note une relation entre la gestion familiale et le trouble des conduites chez un échantillon de plus de 200 garçons américains de milieu scolaire. Elle affirme que les adolescents avec un trouble des conduites présentent des déficits de discipline et de suivi de la part des parents, et ce, durant deux ans; soit de la 6^e à la 8^e année scolaire.

Comme le souligne LeBlanc (1990), Capaldi (1992) remarque qu'une détérioration du suivi parental survient particulièrement entre la 6^e et la 8^e année scolaire.

Malgré que la discipline familiale s'impose comme variable d'importance dans l'explication du lien entre la famille et la délinquance, d'autres auteurs observent plutôt l'effet du fonctionnement général de la famille sur le développement de la délinquance. Lindström (1996) souligne que les interactions familiales et la structure de la famille sont significativement prédicteurs des comportements déviants sérieux. À cet effet, Marquis (1992) indique que les jeunes ontariens incarcérés rapportent significativement plus souvent que les jeunes ontariens du collège avoir vécu au sein de familles dysfonctionnelles. Pour leur part, Ge et al. (1996) remarquent que l'hostilité parentale manifestée durant les trois premières années de leur étude est un excellent indicateur de la présence d'un trouble des conduites lors de la quatrième année de l'étude longitudinale.

L'étude de Mak (1996), réalisée auprès d'un peu plus de 200 adolescents de moins de 18 ans, permet d'identifier les différences de perceptions entre les jeunes délinquants et non délinquants envers leurs parents. Les garçons délinquants ont tendance à percevoir plus de négligence et de rejet de la part de leurs parents que les garçons non délinquants. De plus, ces garçons délinquants perçoivent une intrusion et un contrôle excessif de la part de leur mère. Cependant, ces constats ne sont pas présents dans la population féminine. De plus, l'interaction des caractéristiques de négligence, de rejet, de contrôle excessif et d'intrusion de la part de la mère est

prédictive de la délinquance masculine. Cette auteure explique aussi que chez les filles délinquantes, la perception du contrôle parental excessif et intrusif suffit à elle seule pour prédire la délinquance. Néanmoins, l'interaction entre d'une part le contrôle parental excessif et intrusif et d'autre part, la négligence et le rejet paternel est aussi prédictive de la délinquance féminine. Il ressort donc des différences au niveau des composantes familiales lors de l'explication des facteurs prédisposant à la délinquance chez les adolescents en fonction du genre. D'autre part, Rey et Plapp (1990) ont étudié les influences possibles de la famille sur le trouble des conduites et le trouble oppositionnel en utilisant le PBI (*Parental Bonding Instrument*), tout comme l'étude ci-haut énoncée (Mak, 1996); les jeunes des deux groupes mentionnés perçoivent plus de contrôle excessif, d'intrusion, de négligence et de rejet de la part de leur parent que les sujets du groupe contrôle.

Il est important de noter qu'en majorité, les études portant sur la famille et la délinquance ont été effectuées chez les populations de garçons. Ainsi, l'influence différentielle de la famille sur la délinquance selon le genre est encore peu connue.

Ainsi, plusieurs études observent une relation entre les différentes variables familiales et la délinquance à l'adolescence. De façon plus spécifique à la présente étude, d'autres recherches supportent l'existence d'un lien entre le soutien familial et la délinquance.

Soutien familial et concomitance

Les recherches portant sur le lien unissant soutien familial et dépression ainsi que soutien familial et délinquance confirment l'existence de ces liens. Toutefois, l'étude de l'influence du soutien familial sur la concomitance de la dépression et de la délinquance est en émergence et encore peu couverte. Malgré tout, quelques auteurs se sont penchés sur cette question.

Dans ce sens, Loeber et Keenan (1994) énoncent une hypothèse, à l'effet que des problèmes de comportement chez les enfants peuvent entraîner des relations familiales et amicales négatives, ce qui peut alors amener le jeune devenu adolescent à expérimenter des symptômes dépressifs en plus des problèmes de comportement déjà existants. De leur côté, Ge et al. (1996) ont étudié l'influence des comportements parentaux sur l'apparition concomitante de la dépression et du trouble des conduites chez une population adolescente américaine dont l'âge variait de 12 à 14 ans lors de la première cueillette de données (7^e année) et de 15 à 17 ans lors de la quatrième prise de données (10^e année). Les résultats de leur étude permettent en premier lieu d'identifier les facteurs familiaux pouvant prédire la concomitance et en deuxième lieu, d'énoncer les caractéristiques familiales permettant de différencier le groupe concomitant des autres groupes à l'étude, notamment avec un trouble unique (dépression ou délinquance) ou sans aucun trouble. D'une part, les adolescents faisant partie du groupe concomitant en 10^e année scolaire avaient généralement des parents peu chaleureux, dont les habiletés à la discipline étaient défaillantes et dont l'hostilité était fortement exprimée au cours de la

7^e, 8^e et 9^e année scolaire. Ainsi, la prédiction de l'émergence du trouble concomitant peut être effectuée par les caractéristiques familiales précédemment énumérées, indépendamment du genre du parent. D'autre part, les caractéristiques familiales permettant de différencier l'émergence d'un trouble concomitant d'un trouble unique ou même de l'absence de trouble peuvent différer en fonction du genre du parent adoptant le dit comportement. Ainsi, une mère peu chaleureuse sera caractéristique des jeunes du groupe concomitant, en comparaison aux autres groupes, tandis que le manque d'habiletés à la discipline de la part de la mère sera lié au groupe concomitant et au groupe avec trouble des conduites. Toutefois, l'hostilité maternelle ne caractérise que marginalement le groupe concomitant et ne permet pas de le différencier des autres groupes présents. L'influence des caractéristiques paternelles est de même nature, sauf que contrairement à la mère, l'hostilité paternelle permet de caractériser particulièrement le groupe concomitant, lorsque comparé aux autres groupes. Ces auteurs avancent donc que les influences familiales majeures du trouble concomitant résident surtout dans les dimensions affectives (chaleur et hostilité).

Capaldi (1992) explique que les relations parents – jeune garçon, lors de la troisième année de l'étude longitudinale (correspondant à la 8^e année), sont similaires à celles de la première année de l'étude, c'est-à-dire qu'elles sont demeurées plutôt négatives, pour les familles de jeunes avec un trouble concomitant et ceux avec un trouble des conduites. Ce constat est davantage marqué pour les relations mère – fils, bien que les relations père – fils soient aussi déficitaires. Toutefois, cette même auteure souligne que de façon contraire aux relations familiales, il y a une nette amélioration de

la gestion familiale au cours des années; c'est-à-dire que la discipline, l'attention des parents portée à observer leurs garçons pour identifier leurs problèmes et les activités familiales rapportées par les garçons et les parents se développent positivement avec le temps. L'auteure note que cette gestion familiale chez les garçons avec un trouble concomitant est plus adéquate que celle des jeunes ayant un trouble des conduites uniquement lors de la troisième année de l'étude. Ainsi, l'amélioration de la gestion familiale n'implique pas nécessairement de modification positive au sein des relations parents – garçon(s).

Newcomb (1997) étudie l'influence du soutien et du lien familial sur la co-variation de la déviance générale et la détresse psychologique chez des sujets de 18 à 30 ans. L'auteur remarque qu'à la fin de l'adolescence (18 ans), l'influence familiale est similaire pour les garçons et les filles, bien que la corrélation soit légèrement réduite pour les filles. Toutefois, le soutien et le lien familial reçus durant l'adolescence semblent avoir un impact différent selon le genre lorsque les sujets ont atteint l'âge adulte; la diminution de déviance est davantage remarquée chez les hommes, tandis que la diminution de détresse psychologique est plutôt présente chez les femmes. Selon Newcomb (1997) ces résultats confirment son hypothèse selon laquelle le soutien et le lien familial influencent surtout la déviance chez les sujets masculins et la détresse psychologique chez les sujets féminins. Ainsi, les deux genres sont représentés dans la co-variation entre déviance générale et détresse psychologique, mais la distribution selon les genres semble demeurer liée à celle observée pour les troubles dépressifs et délinquants pris séparément.

Pour sa part, Pedersen (1994) avance qu'un contrôle très élevé de la part du père caractérise seulement le groupe concomitant tandis que le fort contrôle maternel caractérise le groupe concomitant et le groupe délinquant. En ce qui concerne les faibles soins prodigués par les parents, ceux provenant du père sont liés au groupe anxieux-dépressif tandis que les faibles soins fournis par la mère caractérisent les groupes concomitant et délinquant. Toujours selon cet auteur, plus de filles se retrouvent dans le groupe anxieux-dépressif tandis que plus de garçons sont présents dans le groupe délinquant, mais il indique aussi que cette différence liée au genre n'a pas d'emprise sur le groupe concomitant.

Jusqu'à ce jour, encore peu d'études portent sur le lien entre la famille et la concomitance. Malgré tout, les quelques recherches disponibles font ressortir un lien entre les variables familiales, notamment le soutien familial, et la concomitance.

Bref, on peut retenir que (1) plusieurs études évaluent l'impact de la famille sur les troubles dépressif, délinquant et concomitant, (2) que quelques recherches observent l'influence du soutien familial sur ces différents troubles à l'adolescence, (3) et que certains travaux trouvent un lien entre le faible niveau de soutien familial et la présence de symptômes dépressifs, délinquants et concomitants chez les adolescents.

Distorsions cognitives

Bien que la présente étude porte plus spécifiquement sur les attitudes dysfonctionnelles, soit un type de distorsions cognitives, une recension des écrits

concernant les distorsions cognitives en général a été effectuée, et ce, dans le but de bien représenter l'état actuel des connaissances à ce sujet.

Le concept de distorsions cognitives émerge de la théorie cognitive de la dépression de Beck (1967, 1977). Récemment, quelques rares études commencent à s'intéresser à la relation entre les distorsions cognitives et la délinquance ainsi que la concomitance de la dépression et de la délinquance. D'après Beck (1977) des schèmes cognitifs erronés, c'est-à-dire des attitudes dysfonctionnelles et des croyances irrationnelles, peuvent agir en tant que médiateur dans la perception de la réalité et ainsi influencer la réponse qui y est donnée. Des erreurs ou distorsions cognitives seront commises, celles-ci s'exprimant par les pensées négatives immédiates ou langage intérieur (« self talk »). Comme le mentionnent Tems, Stewart, Skinner, Hughes et Emslie (1993) les individus déprimés effectuent des erreurs cognitives qui entraînent systématiquement une fausse interprétation du sens des événements, ce qui transparaît dans la triade cognitive, c'est-à-dire une perception négative à propos de soi, du monde et de l'avenir.

Distorsions cognitives et dépression

Selon Beck (1977), la dépression doit être comprise en terme de paradoxe: le contraste entre l'image qu'a la personne dépressive d'elle-même et les faits objectifs doit être à la base de l'étude de la dépression. Beck explique aussi que les schèmes cognitifs négatifs et la mise en marche de la triade cognitive contribuent à l'activation des symptômes de la dépression. Cet auteur énonce quelques thèmes caractéristiques de la

dépression: faible estime de soi, blâme personnel, surcharge de responsabilités et désir d'échapper à toutes ces émotions négatives. Il souligne aussi que même en phase moyenne de dépression, une déviation de la façon réaliste et logique de penser survient, c'est-à-dire que des distorsions cognitives sont présentes. En se basant sur la théorie cognitive énoncée par Beck, plusieurs auteurs ont vérifié l'influence des distorsions cognitives sur la dépression. Tems et al. (1993) notent d'ailleurs une augmentation des recherches empiriques portant sur les variables cognitives impliquées dans la dépression, surtout chez les adultes. Ce phénomène semble aussi être lié au développement des instruments auto-évaluatifs qui permettent d'évaluer les caractéristiques cognitives importantes dans l'explication de la dépression.

Dohr, Rush et Bernstein (1989) affirment qu'il y a deux niveaux de cognitions reliées à la dépression. Le premier niveau est composé des pensées automatiques qui peuvent être vécues par tous, qui existent dans l'immédiat, qui peuvent fluctuer dans le temps et qui correspondent à la triade cognitive telle que proposée par Beck. Le deuxième niveau est davantage lié aux structures profondes, c'est-à-dire aux attitudes dysfonctionnelles qui sont stables et centrales dans l'explication de la dépression. Hammen (1991) abonde dans le même sens, mais propose plutôt trois niveaux de cognition: les distorsions de surface qui existent dans l'immédiat et qui sont concomitantes à la dépression; les processus plus profonds étant composés de croyances et suppositions qui créent une vulnérabilité à la dépression; puis finalement les attitudes dysfonctionnelles ou schèmes personnels négatifs qui constituent des vulnérabilités sous-jacentes pouvant être activées et ainsi entraîner des cognitions dépressives,

lesquelles entraîneront à leur tour l'émergence de symptômes dépressifs. Ainsi, malgré de légères différences, ces auteurs s'entendent pour affirmer que les attitudes dysfonctionnelles, à l'étude dans la présente recherche, sont centrales dans la compréhension de la dépression.

La présence d'un niveau plus élevé de distorsions cognitives chez les dépressifs en comparaison aux individus non dépressifs est bien étudiée et reconnue chez des populations adultes (Dohr et al. 1989). Quelques auteurs étudient le lien entre la dépression et les cognitions chez les enfants. Dans ce sens, Kendall, Stark et Adam (1990) rapportent que les enfants de 6^e année s'évaluent défavorablement lorsqu'ils sont déprimés. De plus, Laurent et Stark (1993) expliquent, dans leur étude effectuée chez près de 50 jeunes de la 4^e à la 7^e année, que la dépression a une influence sur les cognitions des jeunes. En effet, les enfants anxieux et surtout les enfants déprimés rapportent plus de cognitions dépressives ainsi que plus de cognitions négatives liées à la triade cognitive, c'est-à-dire liées à soi, à leur environnement et au futur.

Désirant évaluer l'application possible de la théorie cognitive de Beck à une population adolescente, Garber et al. (1993) effectuent une recherche chez près de 700 étudiants. Il résulte de cette recherche que plus le niveau de symptômes dépressifs est élevé, plus la présence d'attitudes dysfonctionnelles, de pensées négatives automatiques, de désespoir et de style attributionnel lié à l'impuissance est importante. De même, Marton et Kutcher (1995) remarquent que bien que le taux de distorsions cognitives soit plus élevé chez les adolescents dépressifs que chez les jeunes du groupe contrôle, un

chevauchement des résultats au DAS (*Dysfunctional Attitude Scale*) ressort. Ainsi, ils remarquent que les distorsions cognitives sont associées à des symptômes plus sévères de dépression, c'est-à-dire que les adolescents ayant un haut taux de distorsions cognitives ont des scores plus élevés de dépression que les jeunes ne présentant pas de distorsions cognitives. De même, Hammen (1991) explique que plus les jeunes sont déprimés, plus ils montrent de cognitions négatives, quoi que ces dernières ne sont pas uniquement liées à la dépression, car bien qu'elles soient moins importantes chez les jeunes n'étant pas dépressifs, elles sont parfois présentes.

Nieminen et Matson (1989), dans à leur étude faite chez près de 80 jeunes américains de 11 à 18 ans, soulignent que les adolescents présentant peu ou pas de symptômes dépressifs rapportent très peu de pensées dépressives. De même, Marton, Churchard et Kutcher (1993) expliquent que les adolescents déprimés, d'après leurs résultats au BDI (*Beck Depression Inventory*), ont un taux significativement plus élevé de distorsions cognitives mesurées par le DAS. Plus précisément, Hammen (1991) soutient que la présence de symptômes dépressifs chez les jeunes est généralement accompagnée d'une perception et d'une « construction » négative du soi, caractérisée par l'auto-évaluation négative ou auto-dévalorisation puis une tendance à porter le blâme sur soi. De plus, les jeunes déprimés semblent porter leur attention sur des contenus davantage pessimistes. Bien que les participants soient un peu plus âgés, Albright et Henderson (1995) remarquent chez des étudiants à l'université qu'un lien unit la dépression et la tendance à porter son attention sur soi-même, ce qui entraîne le pessimisme et le biais du rappel d'information négative.

D'autres recherches se font auprès de populations adolescentes de milieux scolaires. Ainsi, Deal et Williams (1988) étudient la portée des distorsions cognitives sur la dépression et font ressortir un lien significatif entre ces variables. Lorsqu'observées de façon indépendante, les mesures de distorsions cognitives (pensées négatives immédiates, attitudes dysfonctionnelles et croyances irrationnelles) sont corrélées à la dépression, mais les pensées négatives immédiates demeurent les meilleurs prédicteurs de la tendance dépressive. Les résultats de l'étude de Marcotte (1995), réalisée auprès d'une population adolescente de milieu scolaire québécois, confirment la présence de distorsions cognitives chez les adolescents rapportant des symptômes dépressifs. Les jeunes adolescents dépressifs, en comparaison aux adolescents non dépressifs, rapportent plus de pensées automatiques négatives et de croyances irrationnelles, lesquelles influencent négativement l'estime personnelle. Une seconde étude corrobore les précédents résultats, notamment pour le niveau de pensées irrationnelles, lequel est plus élevé lorsque les symptômes dépressifs rapportés sont plus élevés (Marcotte, 1996).

D'autre part, Thurben, Crow, Thurber et Woffington (1990) rapportent un lien significatif entre les distorsions cognitives et la dépression auto-révélee (mesurée par l'IDB), mais cette fois-ci, auprès d'une population d'adolescents hospitalisés en psychiatrie. De même, Tams et al. (1993) indiquent que les adolescents du groupe « psychiatrique avec trouble dépressif » diffèrent du groupe « contrôle non référé en psychiatrie » au niveau de la dépression auto-révélee, du concept de soi et du style

attributionnel dépressif. De plus, la comparaison entre les groupes « psychiatrique dépressif » et « psychiatrique non dépressif » révèle qu'ils diffèrent au niveau de la dépression auto-révélee, du concept de soi, mais aussi au niveau des erreurs cognitives négatives. Il est aussi intéressant de noter que les sujets des deux groupes contrôles: « contrôle non référé » et « psychiatrique non dépressif » présentent des différences pour la dépression auto-révélee et aussi pour le concept de soi.

En plus de soutenir que les adolescents déprimés rapportent davantage de distorsions cognitives que les non-déprimés, tel que mentionné précédemment, Marton et al. (1993) révèlent que lors de la rémission du trouble dépressif, une diminution significative des distorsions cognitives est observée. Hammen (1991) indique aussi une diminution, sinon une disparition des pensées négatives suite à une rémission du trouble dépressif. Toutefois, Marton et al. (1993) précisent que bien qu'il y ait une réduction, les distorsions cognitives demeurent tout de même plus élevées que chez les non-dépressifs, ce qui pourrait fournir une explication à la récurrence du trouble dépressif.

Tel que mentionné par Gotlib, Lewinsohn, Seeley, Rohde et Redner (1993), l'importance du fonctionnement cognitif dans l'étude de la dépression semble reconnu à travers les écrits. Toutefois, ces auteurs mentionnent que la spécificité des cognitions négatives à la dépression demeure peu investiguée. Afin de préciser la spécificité des cognitions à la dépression, ces auteurs étudient un peu plus de 1700 jeunes âgés entre 14 et 18 ans de milieu scolaire présentant des symptômes dépressifs, mais aussi des adolescents de ce milieu présentant un ou des trouble(s) psychiatrique(s) sans toutefois

être dépressifs. Pour ce faire, ils créent deux « facteurs cognitifs », lesquels comprennent plusieurs variables cognitives. Ainsi, le « facteur de cognitions négatives » inclut les attitudes dysfonctionnelles (mesurées par le DAS), les probabilités subjectives, la perception de contrôle, l'estime de soi et le renforcement personnel, tandis que le « facteur du style attributionnel » comprend toutes les sous-échelles du *KASTAN-Revised-Children's Attributional Style Questionnaire* mesurant le style attributionnel. Les résultats de cette étude indiquent que le « facteur de cognitions négatives » permet de différencier significativement les adolescents dépressifs des adolescents n'ayant jamais été déprimés, étant en rémission de dépression et aussi des sujets présentant une problématique psychiatrique autre que dépressive. Le « facteur du style attributionnel » permet le même type de différenciation, à l'exception du groupe avec une problématique autre que dépressive; ce facteur cognitif est présent tant chez les dépressifs que chez les jeunes ayant une autre problématique psychiatrique. Ainsi, les auteurs suggèrent qu'il serait possible qu'un score élevé au « facteur de cognitions négatives » soit spécifique à la dépression. Pour leur part, Hill, Oei et Hill (1989) étudient la spécificité des distorsions cognitives à la dépression à l'aide du *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ) et du *Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) auprès d'une population adulte distribuée en trois groupes: groupe dépressif, groupe présentant d'autres troubles psychiatriques et groupe « normal ». Les résultats soutiennent la spécificité des pensées automatiques négatives à la dépression lorsque mesurées au moyen du ATQ, mais très peu lorsque mesurées par le DAS. Ces auteurs estiment que l'ATQ est l'instrument le plus sensible aux symptômes de dépression, c'est-à-dire que sa corrélation à la

dépression (mesurée par le BDI) est plus grande que celle entre le DAS et le BDI. À ce propos, Smith (1982) propose plutôt qu'une trop grande similarité entre le contenu d'une mesure de distorsions cognitives et celle de la détresse émotionnelle peut mener à de fausses corrélations entre l'adoption de distorsions cognitives et l'affect auto-évalué, car les deux mesures évalueraient la même problématique émotionnelle. De leur côté, Gotlib et al. (1993), obtiennent des résultats supportant la spécificité des attitudes dysfonctionnelles (mesurées au DAS) à la dépression.

D'après Marton et Kutcher (1995) les facteurs âge et genre ne contribuent pas à l'association existant entre la dépression et les distorsions cognitives chez les adolescents. Marcotte et Leclerc (article soumis) remarquent qu'en effet les distorsions cognitives sont associées aux symptômes dépressifs chez les jeunes des deux genres. Toutefois, ces auteures indiquent que des différences sexuelles ressortent en lien au type de distorsions cognitives; les jeunes garçons présentent davantage d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite et à l'auto-contrôle, tandis que les filles démontrent plus de distorsions liées à la dépendance, au Soi et de pessimisme au niveau de leur langage intérieur. De plus, Marcotte (1995) constate que les filles se retrouvent plus nombreuses à présenter une faible estime personnelle et un plus grand nombre de pensées automatiques dépressives et anxieuses. Bien que chaque type de distorsions cognitives soit lié à la dépression, cette relation varie en intensité en fonction du type de distorsions étudié. Ainsi, les types de distorsions davantage adoptées par les filles sont plus corrélées à la dépression, ce qui pourrait fournir une explication à la présence marquée des filles dans les groupes dépressifs (Marcotte & Leclerc, article soumis).

D'autre part, Garber et al. (1993) mentionnent que la relation entre la dépression auto-révélée (BDI) et les distorsions cognitives (DAS) n'évoluent que très peu ou pas entre la 7^e et la 12^e année scolaire.

À la lumière des différentes études ici présentées, l'association établie par Beck et d'autres chercheurs dans plusieurs recherches (p.ex. Beck, 1967, 1977) entre les cognitions négatives et les symptômes dépressifs peut ainsi être généralisée à la population adolescente. En effet, la recension des écrits permet de confirmer la présence d'un lien entre les distorsions cognitives, notamment les attitudes dysfonctionnelles, et la dépression. Cette relation a été observée autant en milieu scolaire qu'en milieu clinique (psychiatrie).

Distorsions cognitives et délinquance

Alors que la relation entre les distorsions cognitives et la dépression est bien établie, l'étude de l'influence des distorsions cognitives sur la délinquance est très récente et peu documentée. En effet, la majorité des recherches portant sur les distorsions cognitives étudient son lien avec les troubles intériorisés plutôt qu'extériorisés comme la délinquance.

Hammen (1991) étudie le concept de Soi et les cognitions liées à trois variables scolaires: placement en classe normale, placement en classe spécialisée pour troubles de comportement et enfin expulsion du milieu scolaire. L'auteure de cette étude soutient que les variables cognitives, les attributions négatives et surtout le concept de Soi, sont

corrélées positivement aux trois variables scolaires énoncées ci-haut. De plus, les cognitions d'auto-dévalorisation reconnues pour leur présence chez les jeunes dépressifs, sont aussi retrouvées chez les jeunes présentant des troubles extériorisés. Il semble toutefois pertinent de noter que l'auteure mentionne que les participants sont des enfants sans faire part de l'étendue d'âge des participants en question. Les variables cognitives connues pour leur influence sur la dépression semblent donc avoir leur place dans l'explication des troubles extériorisés, notamment la délinquance.

Hastings et al. (1997) étudient des jeunes garçons américains, dont la moyenne d'âge est près de 15 ans, selon leur appartenance aux groupes suivants: « adolescents abuseurs sexuels », « adolescents ayant un trouble des conduites » et « adolescents de milieu scolaire » comme groupe contrôle. Ces auteurs remarquent que les garçons des groupes d'abuseurs sexuels et de trouble des conduites présentent plus de pensées automatiques négatives et de distorsions cognitives que les sujets du groupe contrôle. Toutefois, les adolescents des trois groupes sont semblablement représentés quant aux pensées automatiques positives et au stress hebdomadaire vécu. Ainsi, les auteurs formulent une hypothèse à l'effet que tous les jeunes sont placés face au même type de stress, mais ils ne composent pas tous de la même façon face à ce stress; les jeunes des groupes d'abuseurs sexuels et de trouble des conduites semblent réagir de façon plus inadéquate au stress vécu.

Liau, Barriga et Gibbs (1998) ont étudié, auprès d'une centaine d'adolescents âgés de 14 à 18 ans dont la moitié provient d'une école secondaire et dont l'autre moitié

est composée de garçons délinquants, le lien entre les distorsions cognitives et la délinquance. Les résultats de cette étude suggèrent que les distorsions cognitives sont fortement corrélées avec l'auto-évaluation des comportements anti-sociaux et de la délinquance, et ce, tant pour le groupe du milieu scolaire que pour le groupe de garçons délinquants. Aussi, un plus haut niveau de distorsions cognitives est retrouvé chez les délinquants que chez les non-délinquants.

Bref, encore aujourd'hui, il existe peu de recherches portant sur le lien entre les distorsions cognitives et les troubles extériorisés. Toutefois, les études disponibles font part d'une relation entre les distorsions cognitives et la délinquance à l'adolescence.

Distorsions cognitives et concomitance

Les études portant sur la prévalence de la concomitance de la dépression et de la délinquance sont relativement nombreuses, mais bien peu portent sur le lien qu'ont les distorsions cognitives avec la concomitance.

Calache et al. (1994) ont effectué une étude auprès de jeunes consommateurs de drogues dépressifs et non dépressifs recrutés en milieu psychiatrique (groupe clinique) ainsi que de jeunes qui ne consomment pas (groupe non clinique / contrôle). Les consommateurs dépressifs présentent plus de distorsions cognitives (évaluées par le DAS) que les consommateurs non dépressifs et que les sujets du groupe contrôle. Ces mêmes auteurs ne remarquent aucun effet significatif de l'âge et du genre sur le score global obtenu au DAS.

Kempton, Van Hasselt, Bukstein et Null (1994) ont effectué une recherche auprès de 135 adolescents âgés de 12 à 18 ans, de nouveau en milieu psychiatrique. Les résultats permettent de faire ressortir que les adolescents qui présentent plus d'un trouble à la fois ont tendance à commettre plus d'erreurs cognitives que leurs pairs ne répondant qu'à un seul trouble; ceci est particulièrement remarqué chez les sujets ayant plus de deux diagnostics, en comparaison à ceux qui n'ont qu'un seul ou même deux diagnostics. En effet le groupe avec trois diagnostics (dépression, trouble des conduites et abus de substances) présente plus d'erreurs cognitives négatives, d'abstraction sélective, de tendance à généraliser, à rendre catastrophique et à s'attribuer ce qui arrive. Un résultat intéressant de cette étude a trait au groupe à diagnostic de dépression unique. Ce dernier présente des résultats semblables aux jeunes ayant un trouble des conduites et un trouble d'abus de substances en plus de la dépression. Effectivement, les jeunes dépressifs rapportent un niveau similaire d'erreurs cognitives négatives, de tendance à rendre catastrophique et à s'attribuer ce qui arrive que les jeunes ayant trois diagnostics. Ces auteurs suggèrent donc que le diagnostic de dépression est crucial pour déterminer la probabilité de présence de distorsions cognitives. Ces résultats semblent donc confirmer la spécificité des distorsions cognitives à la dépression chez les adolescents.

Ainsi, lorsque la dépression est un des troubles qui compose la concomitance, les résultats rapportés sur le lien entre les distorsions cognitives et la concomitance ont tendance à aller dans le même sens que ceux observés lorsqu'il y a corrélation entre les distorsions cognitives et la dépression.

Rôle médiateur des distorsions cognitives

Précédemment, l'emphase a été mise sur les liens unissant le soutien familial à la dépression, la délinquance et la concomitance ainsi que les distorsions cognitives à la dépression, la délinquance et la concomitance. Bien que les écrits soient peu développés à ce sujet, il est possible de se demander si le soutien familial est susceptible d'entretenir un effet indirect sur la dépression, la délinquance et la concomitance. En effet, les distorsions cognitives pourraient-elles avoir un effet médiateur sur cette relation ? Ceci modifierait l'effet jusqu'alors considéré comme direct entre le soutien familial et les variables étudiées (dépression, délinquance et concomitance).

Rôle médiateur des distorsions cognitives sur la dépression

Selon Hammen (1985, tel que citée dans Garber et al., 1993), les adolescents qui rapportent des pensées négatives à propos de soi sont davantage enclins à développer des symptômes dépressifs, surtout s'ils expérimentent déjà un stress lié à l'environnement dans lequel ils vivent. Semblablement, Cole et Turner (1993, cités dans Ostrander, Weinfurt & Nay, 1998) indiquent que les facteurs environnementaux stressants engendrent un style cognitif pathogène. De façon plus précise, Hammen (1991) souligne que la présence de critique parentale excessive et/ou l'absence d'adulte réconfortant et encourageant contribue à l'importance et à l'influence des cognitions négatives sur les symptômes dépressifs durant un état dysphorique.

Pour leur part, Simons et Miller (1987) étudient l'impact des cognitions négatives et des facteurs socio-environnementaux sur la dépression chez plus de 400 adolescents de milieu scolaire. Ils avancent que des variables socio-environnementales, notamment le faible soutien familial et les problèmes liés à l'emploi aussi bien que des variables cognitives, comme la faible estime de soi ont de fortes corrélations avec la dépression. Bien que le faible soutien familial et les problèmes liés à l'emploi sont des facteurs favorisant la dépression, les auteurs indiquent que les résultats de l'analyse acheminatoire permettent d'affirmer que leur effet est plutôt indirect lorsqu'on tient compte de la faible estime de soi. Ces auteurs vont même plus loin en affirmant que les cognitions négatives apparaissent comme réponse aux problèmes socio-environnementaux. La variable cognitive agit donc comme médiatrice dans la relation invoquée.

Ostrander et al. (1998) tentent aussi d'établir un lien entre le soutien familial et les distorsions cognitives en fonction de la dépression. Comme le spécifient ces auteurs, les résultats sont à interpréter prudemment, car leur petit échantillon ($n = 102$) ne permet peut-être pas d'établir une relation aussi complexe. Une fois cette mise en garde établie, les auteurs remarquent tout de même que le lien unissant soutien familial et distorsions cognitives diffère en fonction des groupes d'âge. Ainsi, chez les jeunes adolescents, les erreurs cognitives et le soutien familial semblent être liés de façon indépendante à la dépression. Toutefois, chez les adolescents plus âgés, la relation entre le manque de soutien familial et la dépression est élevée seulement lorsque le niveau d'erreurs cognitives est élevé. De même, la relation entre les erreurs cognitives et la dépression

n'est présente que lorsque le soutien familial est faible. Les auteurs suggèrent que les erreurs cognitives jouent un rôle critique dans la prédiction des symptômes dépressifs.

Il semble donc à la vue des quelques recherches disponibles, que l'hypothèse du rôle médiateur des distorsions cognitives sur le lien entre soutien familial et dépression ait sa raison d'être.

Rôle médiateur des distorsions cognitives sur la délinquance

Bien que Peiser et Heaven (1996) n'aient pas étudié directement les distorsions cognitives, leurs résultats semblent pertinents quant au rôle médiateur de l'estime de soi et du lieu de contrôle externe. En effet, ces auteurs remarquent que les relations familiales négatives et le retrait d'amour parental entraînent une faible estime de soi, qui à son tour contribue à l'émergence de la délinquance auto-révélee chez les adolescents des deux genres. De plus, chez les filles le style punitif de discipline parentale favorise aussi la faible estime de soi qui encore ici augmente le taux de délinquance auto-révélee. Ainsi, la variable cognitive « estime de soi » est considérée comme ayant un effet médiateur dans le modèle proposé.

Il est important de noter que jusqu'à ce jour, aucune étude ne s'est intéressée directement au rôle médiateur des distorsions cognitives sur la relation entre le soutien familial et la délinquance.

Rôle médiateur des distorsions cognitives sur la concomitance

L'effet médiateur des distorsions cognitives sur la dépression et la délinquance est bien peu étudié; quant à l'effet médiateur des distorsions cognitives sur la concomitance, aucune recherche n'a été élaborée à l'heure actuelle. Toutefois, l'hypothèse selon laquelle les distorsions cognitives agiraient comme médiateur du lien entre le soutien familial et la concomitance paraît appropriée, et ceci à la lumière des relations établies précédemment.

Objectif de recherche et hypothèses

Le but de la présente étude est d'évaluer le rôle du soutien familial sur la dépression, la délinquance et la concomitance de ces troubles ainsi que d'examiner le rôle des attitudes dysfonctionnelles sur la dépression, la délinquance et la concomitance. Le rôle médiateur des attitudes dysfonctionnelles sur la relation entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance est également exploré.

Hypothèses :

- 1) Les groupes d'adolescents dépressifs, délinquants et concomitants obtiendront un score moyen significativement moins élevé que le groupe contrôle sur la variable soutien familial.
- 2) Les groupes d'adolescents dépressifs, délinquants et concomitants obtiendront un score moyen significativement plus élevé que le groupe contrôle sur la variable attitudes dysfonctionnelles.
- 3) Les attitudes dysfonctionnelles auront un rôle médiateur dans la relation entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance.

Méthode

Participants

L'échantillon de cette recherche est composé de 550 participants, dont 297 filles et 249 garçons et 4 sujets ayant omis l'identification de leur genre. Les sujets sont âgés de 14 à 18 ans, mais étant donné qu'un seul sujet est âgé de 18 ans, il a été retiré de l'échantillon pour les analyses subséquentes. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 15.09 ans (écart-type = .77). Les participants sont des étudiants de niveau secondaire (3^e et 4^e secondaire) de deux écoles de la région trifluvienne.

Instruments de mesure

Inventaire de la dépression de Beck (IDB)

L'Inventaire de dépression de Beck, traduction française du *Beck Depression Inventory* ou BDI, est une mesure auto-évaluative des aspects affectifs, cognitifs, comportementaux et somatiques de la dépression. Le BDI développé par Beck et révisé en 1978 (Beck, 1978 dans Baron, 1993) a été traduit en français par Bourque et Beaudette (1982). Ce questionnaire comprend 21 items pour lesquels quatre choix sont proposés; le sujet choisit l'énoncé qui correspond le mieux à son état actuel (cote de 0 à 3) (p. ex. 0 - Je ne me sens pas triste; 1 - Je me sens triste; 2 - Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir; 4 - Je suis si triste que je ne peux le supporter.). Le score total peut varier de 0 à 63 et un score supérieur ou égal à 16 est considéré comme un indice important de dépression. En effet, Barrera et Garrison-Jones (1988) affirment qu'un

score de coupure de 16 permet de différencier la présence ou l'absence de dépression clinique à un taux de sensibilité de 100% et à un taux de spécificité de 93.2%.

Les qualités psychométriques de l'IDB sont maintenant bien reconnues auprès des populations adolescentes (Bourque & Beaudette, 1982; Stroeber, Green, & Carlson, 1981; Teri, 1982). Teri (1982) note un coefficient de consistance interne de .87 auprès d'adolescents anglophones de milieu scolaire tandis que Barrera et Garrison-Jones (1988) obtiennent un coefficient de .90 toujours auprès de jeunes étudiants et un coefficient de .86 chez des adolescents hospitalisés en psychiatrie. D'autre part, Gosselin et Marcotte (1997) obtiennent un coefficient de .86 avec des adolescents québécois francophones de milieu scolaire. Aussi, Bourque et Beaudette (1982) trouvent un coefficient de .92 chez des étudiants universitaires francophones et Baron et Laplante (1984) obtiennent un coefficient de .80 chez des jeunes étudiants de l'Outaouais. De plus, ces mêmes auteurs constatent respectivement une stabilité temporelle de .62 sur 4 mois et .74 sur 8 semaines. Un coefficient de consistance interne de .87 a été obtenu dans la présente étude.

Mesure d'adaptation sociale et personnelle pour adolescents québécois (MASPAQ)

Le Questionnaire de délinquance auto-révlée (LeBlanc, 1994) est une sous-échelle de la Mesure d'adaptation sociale et personnelle pour adolescents québécois (MASPAQ). Cette échelle nommée « délinquance grave » est une mesure auto-descriptive de comportements violents et antisociaux pour adolescents. Elle comprend 21 questions portant sur les différentes conduites inscrites au Code criminel et pouvant

entraîner une parution devant la Chambre de la Jeunesse de la Cour du Québec. L'échelle principale de « délinquance grave » se subdivise en 4 sous-échelles: agression physique, vandalisme, vol mineur, vol grave et comprend aussi une « dimension synthèse de la délinquance grave ». Pour chacune de ces dimensions, 4 paramètres existent, c'est-à-dire: la participation cumulative, la participation actuelle, la fréquence actuelle des actes commis et la précocité de l'activité délictueuse. La présente étude considère la dimension « fréquence actuelle des actes commis » (depuis les 12 derniers mois) pour l'ensemble de l'échelle principale « délinquance grave » (p. ex. « Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris et gardé quelque chose sans payer dans un magasin ? »).

Les qualités métriques des questionnaires d'adaptation sociale et personnelle ont été vérifiées auprès de 7470 adolescents francophones âgés de 10 à 19 ans, de la région métropolitaine de Montréal. Ces qualités métriques ont aussi été vérifiées auprès de 768 adolescents de 13 à 18 ans en difficulté, c'est-à-dire des jeunes ayant reçu une ordonnance sous la Loi de la protection de la jeunesse ou la Loi des jeunes contrevenants et aussi des jeunes surconsommateurs d'alcool et de psychotropes. Ainsi, l'échelle de la délinquance criminelle obtient un coefficient de consistance interne de .82 (LeBlanc, 1994).

LeBlanc (1994) indique que d'après Nunnally (1967, voir LeBlanc, 1994), l'indice de fidélité atteint un niveau plus élevé lorsque le nombre de questions d'une échelle ou d'une sous-échelle est élevé. Étant donné le nombre restreint de questions pour chacune des 4 sous-échelles et de la dimension synthèse, l'auteur a calculé les

équivalences en respectant la formule proposée par Nunnally (1967, voir LeBlanc, 1994) pour ainsi obtenir des coefficients ajustés aux petits nombres d'items. Ces équivalences sont inscrites entre parenthèse à la suite du coefficient original. Les différents coefficients de consistance interne des sous-échelles sont les suivants: agression physique .70 (.82), vandalisme .54 (.83), vol mineur .71 (.91), vol grave .54 (.82) et la « dimension synthèse de la délinquance grave » .57 (.71).

Mesure de la perception du soutien familial (PSS-FA)

Développée en 1983 par Procidano et Heller, la mesure de la perception du soutien familial, traduction française du *Perceived Social Support–Family* ou PSS-F, évalue la perception du degré de satisfaction des besoins de soutien, d'information et de feedback d'un individu envers sa famille. La version développée par ces auteurs comprend 20 items auxquels 3 choix sont proposés « oui », « non » et « ne sais pas » (p. ex. « Les membres de ma famille savent comment m'aider à résoudre des problèmes »). Sicotte et Marcotte (1998) ont traduit cet instrument en français (PSS-FA) en remplaçant aussi la cotation par une échelle de type Likert en 6 points permettant un traitement corrélationnel des données. Cette dernière version est retenue pour la présente étude. Cette version permet une cotation variant de 20 à 120, où un score élevé correspond à un degré élevé de soutien social perçu.

La version préliminaire de 35 items obtient un coefficient de consistance interne de .90 et une fidélité test-retest de .83 suite à un intervalle d'un mois auprès d'une population universitaire dont la moyenne d'âge est 19 ans (Procidano & Heller, 1983).

Lyons, Perrotta et Hancher-Kvam (1988) indiquent que cette mesure peut être utilisée auprès de populations diverses vu sa grande validité; pour le PSS-FA, ils obtiennent un coefficient de consistance interne de .91 chez des patients psychiatisés, un coefficient de .89 auprès des diabétiques et finalement un coefficient de .92 dans une population d'étudiants universitaires. Pour leur part, Sicotte et Marcotte (1998) obtiennent un coefficient de consistance interne de .94 auprès d'une population adolescente francophone de milieu scolaire. Dans la présente étude, un coefficient de consistance interne de .94 est également obtenu auprès des adolescents francophones de milieu scolaire.

Échelle des attitudes dysfonctionnelles (EAD)

L'échelle des attitudes dysfonctionnelles est la traduction française du *Dysfunctional Attitude Scale* ou DAS élaboré par Beck en 1976 (voir Dobson & Breiter, 1983). Cette échelle comprenait initialement 100 items ayant pour but d'évaluer les schèmes cognitifs dépressogènes (Marton et al., 1993). Une révision de cet instrument de mesure par Weissman et Beck en 1978 (voir Dobson & Breiter, 1983) a entraîné une division de l'échelle originale en deux formes parallèles (A et B) incluant 40 items chacune.

Différents auteurs ont utilisé la forme A à 40 items lors de leurs recherches auprès de populations diverses. Suite à une étude effectuée auprès de jeunes adultes d'une université ontarienne, Dobson et Breiter (1983) obtiennent un coefficient de consistance interne de .88 chez les jeunes femmes et de .90 chez les jeunes hommes.

Ces mêmes auteurs affirment que les deux formes (A et B) démontrent un haut niveau de fidélité test-retest suite à 8 semaines ($r = .84$). Utilisant la forme A du DAS, Marton et al. (1993) obtiennent des coefficients de consistance interne variant de .88 à .92 auprès de trois groupes à l'étude (échantillon clinique non psychiatrique, échantillon d'adolescents qui consultent un service externe de psychiatrie et un échantillon d'adolescents volontaires « normaux ») et de la population totale à l'étude. De plus, ils obtiennent une validité test-retest de .79 chez ces mêmes sujets. Ces auteurs soulignent que leurs résultats sont semblables à ceux obtenus auprès de populations adultes, ce qui permet une utilisation de l'instrument de mesure chez une population adolescente. Pour leur part, Garber et al. (1993) obtiennent un coefficient de consistance interne de .88 chez une population de 688 adolescents de milieu scolaire. De façon semblable, Dalley, Bolocofsky, Alcorn et Baker (1992) rapportent un coefficient de .90 chez une population de 147 adolescents de milieu scolaire. Également, Sicotte et Marcotte (1998) obtiennent un coefficient alpha de .88 chez des adolescents francophones de milieu scolaire.

Power et al. (1994) ont développé une nouvelle version de l'EAD à partir des items inclus dans les formes A et B déjà connues. Cette nouvelle version inclut 24 items et comprend trois sous-échelles représentant des facteurs de vulnérabilité: la réussite (p. ex. « Si j'échoue en partie, c'est aussi pire que d'échouer complètement ») (items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19 et 22) la dépendance (p. ex. « Si tu déplaïs aux autres, tu ne peux pas être heureux ») (items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 et 23) et l'auto-contrôle (p. ex. « Une personne devrait être capable de contrôler ce qui lui arrive ») (items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24). De plus, un score global peut être obtenu en incluant les trois sous-échelles. Cette

nouvelle mesure découle des nouveaux construits théoriques introduits par Beck (Beck, 1983) dans son modèle à partir des années 80. Beck propose alors que des schèmes cognitifs dépressogènes se regroupent en méta-organisations de la personnalité pouvant prendre deux formes, soit la sociotropie, caractérisée par une personnalité dépendante qui accorde une grande valeur à la proximité dans les relations interpersonnelles et l'autonomie, caractérisée par une personnalité orientée vers la valorisation de l'indépendance, la réussite ainsi que la liberté de choix et de contrôle face à autrui (Clark, Beck & Alford, 1999). Les sujets doivent évaluer leur degré d'accord ou de désaccord à chaque énoncé à l'aide d'une échelle de type Likert dont les scores varient de 1 (complètement d'accord) à 7 (complètement en désaccord) pour un total allant de 24 à 168. Les coefficients de consistance internes obtenus auprès d'adultes sont de .84 pour la réussite, .74 pour la dépendance et .68 pour l'auto-contrôle. Une traduction française de cette nouvelle version est utilisée dans la présente étude. Des coefficients de consistance interne de .76 pour l'échelle totale des distorsions cognitives, de .73 pour la réussite, de .69 pour la dépendance et de .63 pour l'auto-contrôle ont été obtenus dans la présente. Afin de vérifier la spécificité des items associés à chacune des sous-échelles, une analyse factorielle en composantes principales a été effectuée dans le cadre de la présente étude. Trois composantes principales ont été extraites de l'ensemble du questionnaire et un coefficient de saturation supérieur à .3 a été retenu suite à la rotation varimax. Tel que rapporté par Power et al. (1994), les items 4, 7, 10, 16, 19 et 22 sont liés à la sous-échelle « réussite ». Toutefois, l'item 1 n'est lié à aucune des sous-échelles et l'item 13 est lié à la sous-échelle d'auto-contrôle, alors qu'ils sont calculés

dans la sous-échelle « réussite ». De plus, conformément aux résultats de ces auteurs, les items 2, 8 14, 17 et 23 sont liés à la dépendance. Toutefois, les items 5 et 11 sont reliés à la dépendance et à la réussite et l'item 20 a un coefficient indiquant un lien à la dépendance et à l'auto-contrôle. Ces trois items ne sont donc pas uniquement spécifiques à la dépendance. Finalement, les items 3, 9, 12 et 18 ont des coefficients qui indiquent un lien à l'auto-contrôle, et ce conformément à ce que mentionnent Power et al. (1994). Les items 6 et 21 sont toutefois liées à la réussite en plus de l'auto-contrôle et l'item 24 n'est lié qu'à la réussite. D'autre part, l'item 15 n'indique pas de coefficient permettant de conclure à un lien avec une ou l'autre des sous-échelles. Les résultats de ces analyses secondaires apparaissent en Appendice.

Déroulement

Les questionnaires utilisés dans la présente étude (IDB, MASPAQ, PSS-FA et EAD) ont été administrés à des jeunes de 3^e et 4^e secondaire de la région de Trois-Rivières. En premier lieu, l'objectif de l'étude a été présenté, ensuite les questionnaires ont été distribués et complétés lors d'une période de cours de 60 minutes. L'administration des questionnaires s'est faite par une équipe d'étudiants en psychologie faisant partie d'une équipe de recherche, sous la supervision d'un professeur de l'Université. Les mesures ont été complétées en groupes-classe lors des cours réguliers. Les consentements écrits des participants, ainsi que celui des parents lorsque cela s'est avéré nécessaire, ont été recueillis.

La présente recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude longitudinale¹ d'une durée de trois ans, soit de 1996 à 1999, portant sur l'applicabilité du modèle cognitif de Beck à la population adolescente dépressive de milieu scolaire. La cueillette des données s'est effectuée aux mois d'octobre et novembre de chaque année. Les données du temps deux sont utilisées dans la présente étude.

¹ La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce au support financier du Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche (FCAR).

Résultats

Analyse des données

Tel que mentionné précédemment, les participants sont âgés de 14 à 17 ans et le seul participant de 18 ans a été retiré de l'échantillon pour permettre une meilleure uniformité du groupe. L'échantillon comprend légèrement plus de filles que de garçons.

La variable dépression est évaluée à partir de la somme de tous les items à l'IDB. Deux groupes ont été formés: les sujets ayant un score de 0 à 9 sont classés dans le groupe « non déprimés » tandis que les sujets ayant un score de 16 et plus sont placés dans la catégorie « déprimés ». Toutefois, un score continu est conservé pour les analyses corrélationnelles et les analyses de régression.

Afin d'évaluer la variable délinquance, le questionnaire de délinquance auto-révélee, sous-échelle du MASPAQ a été utilisé. Comme le suggère LeBlanc (1994), une transformation des résultats bruts en résultats standardisés a dû être effectuée à partir de la formule proposée par Nunnally (1967, voir LeBlanc, 1994). Cette transformation permet d'établir la moyenne des résultats totaux à 50, et a pour conséquence, de délimiter les zones de résultats en deux grandes catégories: les sujets ayant un score final de moins de 40, c'est-à-dire un écart-type sous la moyenne, sont considérés comme étant « non délinquants », tandis que les jeunes ayant un score total supérieur à 60, c'est-à-dire un écart-type au dessus de la moyenne, sont considérés comme étant « délinquants ». Par ailleurs, dans le présent échantillon, aucun participant n'a obtenu un score total inférieur à 40, mais plus d'une centaine d'adolescents ont obtenu un résultat total inférieur à 43. Dans le but de créer un groupe « non délinquant » le score de coupure

inférieur a été établi à 43 plutôt que 40. Tout comme à l'IDB, un score continu est préservé pour les analyses corrélationnelles et les analyses de régression. Étant donné l'absence de participants ayant obtenu un score inférieur à 40, une analyse de fréquence a été effectuée pour déterminer à quels items les sujets non délinquants adhèrent. Cette analyse fait ressortir six comportements adoptés par 10 participants ou plus soit: « s'être battu à coup de poing avec une personne », « avoir brisé ou détruit par exprès, des choses qui ne t'appartenaient pas », « être entré sans payer dans un endroit payant », « avoir téléphoné sans te nommer pour jouer un tour », « avoir pris et gardé quelque chose de moins de 10\$ qui ne t'appartenait pas » et « t'être introduit quelque part où tu n'avais pas le droit (p. ex. maison où il n'y a personne, hangars, voies ferrées, maison en construction, etc.) ».

Le groupe « concomitant » a été créé à l'aide des résultats obtenus à l'IDB et au MASPAQ. Les sujets ayant obtenu un score supérieur à 16 à l'IDB et un score supérieur à 60 au MASPAQ sont considérés comme étant « concomitants ». Afin d'éviter la présence de sujets dans plus d'une catégorie à la fois, les groupes sont créés de façon exclusive, c'est-à-dire qu'un sujet considéré comme « concomitant » est retiré des groupes « dépression » unique et « délinquance » unique.

L'échelle de perception du soutien familial (PSS-FA) permet de faire ressortir la satisfaction qu'a un individu face à ses besoins de soutien, d'information et de feedback en provenance de sa famille. Cette échelle comprend 20 items et les questions 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17 et 18 ont dû être transformées, car elles étaient

inversées. Par la suite, la somme de tous les items est réalisée pour obtenir un score total variant de 20 à 120 où un score élevé signifie la perception d'un fort soutien familial.

L'évaluation des attitudes dysfonctionnelles s'est faite à l'aide de l'Échelle des attitudes dysfonctionnelles (EAD) incluant 24 items. Les items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22 et 24 ont été transformés en inversant les valeurs. De cette échelle, trois types d'attitudes dysfonctionnelles sont observés incluant huit items chacun: la réussite, la dépendance et l'auto-contrôle. En plus de ces trois catégories d'attitudes dysfonctionnelles, la somme totale de tous les items permet d'obtenir le score total à l'EAD variant de 7 à 168 qui représente l'ensemble des attitudes dysfonctionnelles évaluées.

En premier lieu, des analyses descriptives sont effectuées dans le but de bien décrire l'échantillon à l'étude. Ainsi, la distribution des sujets selon leur genre et leur groupe d'appartenance (contrôle, dépressif, délinquant ou concomitant) est déterminée. De plus, la moyenne de chaque groupe à l'étude est calculée pour chacune des variables, soit le soutien familial, les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite, les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance, les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle et les attitudes dysfonctionnelles totales en plus de la dépression et de la délinquance. Des analyses de variance univariée sont aussi faites afin de déterminer l'influence du genre sur chacune des variables à l'étude.

Par la suite, une série d'analyses de variance bifactorielle (genre X groupe d'appartenance) permet d'observer l'effet du genre, de chaque groupe d'appartenance

(dépressif, délinquant et concomitant) et de l'effet d'interaction entre le genre et le groupe d'appartenance sur les différentes variables (soutien familial et attitudes dysfonctionnelles). Dans le but de préciser les résultats obtenus par les analyses de variance bifactorielle, une série d'analyses de comparaisons multiples est effectuée. Ces dernières analyses ont permis de vérifier les deux premières hypothèses de la présente étude.

Par la suite, des analyses corrélationnelles sont faites avant de réaliser les analyses de régression, et ce, afin de déterminer quelles seront les variables pouvant être incluses dans les analyses de régression. Finalement, une série d'analyses de régression multiple est effectuée dans le but d'évaluer la troisième hypothèse.

Présentation des résultats

Tout d'abord, soulignons que l'utilisation des instruments de mesure (IDB, MASPAQ, PSS-FA et EAD) pour les fins de la présente étude est justifiée par leur consistance interne.

Variations selon le genre

Le tableau 1 un fournit les informations quant à la distribution des participants selon leur genre et leur groupe d'appartenance (contrôle, dépressif, délinquant ou concomitant).

Les moyennes et écart-types pour chacune des variables à l'étude sont présentés au Tableau 2. La différence entre les résultats moyens maximums et minimums est de 3.93 pour la dépression, de 2.48 pour la délinquance, de 4.46 pour le soutien familial, de 1.53 pour les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite, de 1.86 pour les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance, de 3.86 pour les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle et de 3.53 pour les attitudes dysfonctionnelles totales.

L'analyse de variance univariée fait ressortir un effet significatif du genre sur chacune des variables à l'étude, soit la dépression ($F(1, 541) = 40.19, p < .001$), la délinquance ($F(1, 469) = 26.63, p < .001$), le soutien familial ($F(1, 527) = 5.76, p < .05$), les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($F(1, 540) = 5.55, p < .05$), les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($F(1, 540) = 8.18, p < .01$), les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle ($F(1, 540) = 43.85, p < .001$) et les

Tableau 1

Distribution des sujets selon le genre et le groupe d'appartenance

Groupe d'appartenance	Genre	Nombre de participants	Pourcentage (ajusté en fonction des participants manquants)
Contrôle	Garçons	37	45.7 %
	Filles	44	54.3 %
	Groupe total	81	
Dépressif	Garçons	11	18 %
	Filles	50	82 %
	Groupe total	61	
Délinquant	Garçons	34	81 %
	Filles	8	19 %
	Groupe total	44	
Concomitant	Garçons	4	30.8 %
	Filles	9	69.2 %
	Groupe total	13	

Tableau 2
Moyennes et écart-types des variables selon le genre

	Garçons (n = 249)	Filles (n = 297)	Total (n = 550)
Dépression	5.77 (6.37)	9.70 (7.82)	7.91 (7.44)
Délinquance	5.31 (6.27)	2.83 (4.13)	3.96 (5.34)
Soutien familial	87.24 (18.87)	82.78 (22.98)	84.78 (21.34)
Attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite	25.64 (7.66)	24.11 (7.41)	24.79 (7.59)
Attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance	27.79 (7.81)	29.65 (7.31)	28.83 (7.60)
Attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto- contrôle	35.67 (7.08)	31.81 (6.48)	33.58 (7.03)
Attitudes dysfonctionnelles (total)	89.10 (15.48)	85.57 (15.43)	87.20 (15.59)

attitudes dysfonctionnelles totales ($F(1, 540) = 7.00, p < .01$). Ainsi, les filles de l'échantillon présentent davantage de symptômes dépressifs ($M = 9.70$) que les garçons ($M = 5.77$). De façon opposée, les garçons sont significativement plus délinquants ($M = 5.31$) que les filles ($M = 2.83$) de ce même échantillon. Un niveau significativement plus élevé de soutien familial est perçu par les garçons ($M = 87.24$) que par les filles ($M = 82.78$). En ce qui concerne les attitudes dysfonctionnelles, les garçons présentent plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($M = 25.64$), à l'auto-contrôle ($M = 35.67$) et d'attitudes dysfonctionnelles au total ($M = 89.10$), que les filles (respectivement $M = 24.11$; $M = 31.81$; $M = 85.57$). Toutefois, les filles rapportent plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($M = 29.65$) que les garçons ($M = 27.79$).

Dépression, délinquance, concomitance, soutien familial et attitudes dysfonctionnelles

Le Tableau 3 présente les moyennes et écart-types obtenus par les participants en fonction de leur genre et de leur groupe d'appartenance, c'est-à-dire groupe contrôle, groupe dépressif, groupe délinquant ou groupe concomitant. Les écarts entre les moyennes les plus élevées et les plus basses sont de 37.57 pour le soutien familial, de 12.38 pour les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite, de 8.02 pour les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance, de 8.95 pour les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle et de 23.75 pour les attitudes dysfonctionnelles totales.

Tableau 3

Moyennes et écart-types des variables selon le genre et le groupe d'appartenance

		Soutien familial	Attitudes dysfonctionnelles			
			(réussite)	(dépendance)	(auto-contrôle)	(totales)
Contrôle	Garçons (n = 37)	93.46 (14.10)	24.00 (6.88)	26.76 (8.15)	33.62 (6.90)	84.38 (15.25)
	Filles (n = 44)	91.77 (21.05)	21.98 (7.13)	29.27 (7.36)	30.18 (6.52)	81.43 (15.44)
	Total (n = 81)	92.54 (18.12)	22.90 (7.04)	28.12 (7.79)	31.75 (6.88)	82.78 (15.33)
Dépressif	Garçons (n = 11)	66.09 (27.26)	34.36 (6.36)	33.00 (10.29)	37.82 (7.72)	105.18 (12.86)
	Filles (n = 49)	69.35 (20.92)	27.39 (8.98)	32.53 (8.84)	31.22 (7.03)	91.14 (18.77)
	Total (n = 60)	68.75 (21.99)	28.67 (8.94)	32.62 (9.03)	32.43 (7.55)	93.72 (18.57)
Délinquant	Garçons (n = 31)	79.61 (18.53)	27.07 (9.63)	27.26 (8.66)	39.19 (7.04)	93.45 (18.34)
	Filles (n = 8)	80.13 (18.89)	26.00 (9.67)	29.00 (7.17)	33.63 (8.38)	88.63 (17.54)
	Total (n = 41)	79.39 (17.96)	26.49 (9.45)	28.05 (8.34)	37.63 (7.59)	92.17 (17.65)

Tableau 3

(suite)

		Soutien familial	Attitudes dysfonctionnelles			
			(réussite)	(dépendance)	(auto- contrôle)	(totales)
Concomitant	Garçons (n = 4)	81.00 (9.83)	33.00 (5.48)	33.00 (6.98)	36.75 (11.35)	102.75 (16.88)
	Filles (n = 9)	55.89 (23.74)	26.56 (8.95)	34.78 (3.60)	31.33 (7.35)	92.67 (11.23)
	Total (n = 13)	63.62 (23.35)	28.54 (8.39)	34.23 (4.64)	33.00 (8.66)	95.77 (13.37)
Total	(n=193)	80.61 (22.58)	25.87 (8.63)	29.83 (8.44)	33.31 (7.68)	89.01 (17.56)

Le tableau 4 présente les résultats des analyses de variance bifactorielle (genre X groupe d'appartenance). Il indique que le groupe d'appartenance a un effet significatif sur l'ensemble des variables. De plus, le genre a un effet significatif sur trois des variables à l'étude. Aucun effet d'interaction n'a été décelé. Ainsi, le groupe d'appartenance des adolescents a un effet significatif sur le soutien familial ($F(3, 185) = 18.91, p < .001$), sur les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($F(3, 195) = 7.94, p < .001$), sur les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($F(3, 185) = 3.89, p < .05$), sur les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle ($F(3, 195) = 3.72, p < .05$) ainsi que sur les attitudes dysfonctionnelles totales ($F(3, 195) = 7.54, p < .001$). De plus, le genre a une influence significative sur les variables de soutien familial ($F(1, 185) = 4.45, p < .05$), d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($F(1, 195) = 6.62, p < .05$) et d'attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle ($F(1, 195) = 28.47, p < .001$).

Dans le but de préciser les résultats précédents en faisant ressortir quel groupe d'appartenance a une influence sur chacune des variables à l'étude, des analyses de comparaison multiples sont effectuées. Le test de comparaison multiple Tukey est utilisé pour ces analyses. Le groupe contrôle ($M = 92.54$) rapporte un niveau de soutien familial significativement plus élevé que les groupes dépressif ($M = 68.75$), délinquant ($M = 79.39$) et concomitant ($M = 63.62$). De plus, le groupe délinquant présente un niveau significativement plus élevé de soutien familial que le groupe dépressif. Le groupe dépressif ($M = 28.66$) a un niveau significativement plus élevé d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite que le groupe contrôle ($M = 22.90$). Aussi, le

Tableau 4
Résultats des analyses de variance genre X groupe d'appartenance

Variables	Source de variation	F
Soutien familial	Groupe d'appartenance	18.91 **
	Genre	4.45 *
Attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite	Groupe d'appartenance	7.94 **
Attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance	Groupe d'appartenance	3.89 *
	Genre	6.62 *
Attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle	Groupe d'appartenance	3.72 *
	Genre	28.47 **
Attitudes dysfonctionnelles totales	Groupe d'appartenance	7.54 **

* $p < .05$. ** $p < 001$.

groupe dépressif ($\underline{M} = 32.52$) rapporte un niveau significativement plus élevé d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance que les groupes contrôle ($\underline{M} = 28.12$) et délinquant ($\underline{M} = 28.09$). Le groupe délinquant ($\underline{M} = 37.65$) a un niveau significativement plus élevé d'attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle que les groupes contrôle ($\underline{M} = 31.75$) et dépressif ($\underline{M} = 32.39$). Finalement, les groupes dépressif ($\underline{M} = 93.57$), délinquant ($\underline{M} = 92.14$) et concomitant ($\underline{M} = 95.77$) ont un score significativement plus élevé d'attitudes dysfonctionnelles totales que le groupe contrôle ($\underline{M} = 82.78$).

De plus, divers effets liés au genre ressortent. En effet, tel que rapporté précédemment, les résultats indiquent que les garçons ($\underline{M} = 87.24$) perçoivent significativement plus de soutien familial que les filles ($\underline{M} = 82.78$). De plus, les filles ($\underline{M} = 29.65$) présentent significativement plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance que les garçons ($\underline{M} = 27.79$). Finalement, les garçons ($\underline{M} = 35.67$) rapportent plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle que les filles ($\underline{M} = 31.81$). D'autres effets liés au genre ont été rapportés précédemment, mais ils étaient en fait reliés à l'effet groupe. Effectivement, lorsque l'effet groupe est contrôlé, l'effet genre disparaît pour les variables d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite et d'attitudes dysfonctionnelles totales.

Le nombre limité de sujets composant le groupe concomitant ($n = 13$) ne permet pas de faire ressortir toutes les différences possibles entre les sujets de ce groupe et ceux des autres groupes.

Ainsi, la première hypothèse de la présente étude est confirmée. En effet, les groupes d'adolescents dépressifs, délinquants et concomitants obtiennent un score significativement moins élevé de soutien familial que les jeunes du groupe contrôle. On observe de plus que le groupe dépressif obtient un score significativement moins élevé de soutien familial que tous les autres groupes à l'étude. D'autre part, la deuxième hypothèse est confirmée lorsque les scores des attitudes dysfonctionnelles totales sont analysés. Effectivement, les adolescents dépressifs, délinquants et concomitants adoptent significativement plus d'attitudes dysfonctionnelles au total que les jeunes du groupe contrôle. De plus, cette deuxième hypothèse peut être raffinée en fonction des trois types d'attitudes dysfonctionnelles (liées à la réussite, à la dépendance et à l'auto-contrôle). Le groupe dépressif se distingue des autres groupes et obtient un score significativement plus élevé d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite que le groupe contrôle. De plus, le groupe dépressif se distingue en obtenant un score significativement plus élevé d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance que les groupes contrôle et délinquant. En ce qui concerne les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle, le groupe délinquant se différencie des groupes contrôle et dépressif en présentant un score significativement plus élevé. Ainsi, lorsque les trois types d'attitudes dysfonctionnelles sont évalués, il ressort que le groupe dépressif rapporte plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance que les délinquants et que le groupe délinquant rapporte plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle que le groupe dépressif.

Prédiction de la dépression et de la délinquance

Des analyses corrélationnelles ont été effectuées sur l'ensemble des variables pour vérifier l'association entre le soutien familial, les attitudes dysfonctionnelles, la dépression et la délinquance. Le groupe concomitant n'a pas été considéré pour deux raisons. D'abord, l'échantillon restreint de participants concomitants ne permet pas d'effectuer d'analyses. Ensuite, la concomitance est une variable discrète, composée des sujets à la fois dépressifs et délinquants et pour faire une analyse corrélationnelle, les variables doivent être continues.

Les tableaux 5 et 6 présentent les intercorrélations entre les variables selon le genre et pour l'échantillon total. Une corrélation ressort entre la dépression et toutes les variables à l'étude, à l'exception des attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle tant chez les garçons, les filles que pour l'ensemble des participants, ainsi que les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite chez les filles. D'autre part, la délinquance des garçons et de l'échantillon total est reliée au soutien familial, aux attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite, aux attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle et aux attitudes dysfonctionnelles totales. Toutefois, la délinquance est uniquement corrélée au soutien familial pour les filles.

Ainsi, dans la présente étude, les garçons dépressifs rapportent un faible niveau de soutien familial ($r(229) = -.31, p < .001$), un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($r(240) = .33, p < .001$), d'attitudes dysfonctionnelles

Tableau 5

Intercorrélations entre les variables selon le genre

	Dépression	Délinquance	Soutien familial	Réussite	Attitudes dysfonctionnelles Dépendance	Auto- contrôle	Totales
Dépression		.30 ***	-.31 ***	.33 ***	.19 **	.10	.30 ***
Délinquance	.39 ***		-.23 **	.19 *	.03	.23 **	.24 **
Soutien familial	-.42 ***	-.25 ***		-.19 **	-.07	-.02	-.13 *
Attitudes dysfonctionnelles Réussite	.12	.11	-.13 *		.42 ***	.27 ***	.83 ***
Attitudes dysfonctionnelles Dépendance	.32 ***	.12	-.23 **	.42 ***		-.09	.67 ***
Attitudes dysfonctionnelles Auto-contrôle	-.03	.02	-.03	.37 ***	.07		.55 ***
Attitudes dysfonctionnelles Totales	.28 ***	.12	-.18 **	.84 ***	.71 ***	.63 ***	

* $p < .05$. ** $p < .005$. *** $p < .001$

Filles : En bas à gauche, Garçons : En haut à droite.

Tableau 6

Intercorrélations entre les variables pour l'échantillon total

	Dépression	Délinquance	Soutien familial	Attitudes dysfonctionnelles		
				Réussite	Dépendance	Auto- contrôle
Délinquance	.25 ***					
Soutien familial	-.39 ***	-.20 ***				
Attitudes dysfonctionnelles Réussite	.26 ***	.16 ***	-.14 **			
Attitudes dysfonctionnelles Dépendance	.28 ***	.07	-.18 ***	.40 ***		
Attitudes dysfonctionnelles Auto-contrôle	-.05	.18 ***	.003	.34 ***	-.04	
Attitudes dysfonctionnelles Totales	.24 ***	.19 ***	-.15 ***	.84 ***	.66 ***	.60 ***

* p < .05. ** p < .005. ***p < .001

liées à la dépendance ($r(240) = .19, p < .001$) et d'attitudes dysfonctionnelles totales ($r(240) = .30, p < .001$). D'autre part, les filles dépressives ont un faible niveau de soutien familial ($r(293) = -.42, p < .001$), un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($r(32) = .295, p < .001$) ainsi qu'un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles totales ($r(295) = .28, p < .001$). Finalement, l'ensemble des adolescents dépressifs ont un faible niveau de soutien familial ($r(528) = -.39, p < .001$), un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($r(541) = .26, p < .001$), un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($r(542) = .28, p < .001$) ainsi qu'un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles totales ($r(541) = .24, p < .001$). En ce qui concerne les garçons délinquants, ils présentent un faible niveau de soutien familial ($r(205) = -.23, p < .005$), un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($r(206) = .19, p < .05$), un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle ($r(206) = .23, p < .005$) ainsi qu'un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles totales ($r(206) = .24, p < .005$). D'autre part, les filles délinquantes ont un faible niveau de soutien familial ($r(258) = -.25, p < .001$), mais ne se distinguent pas du point de vue des attitudes dysfonctionnelles. Finalement, l'ensemble des adolescents délinquants présentent un faible niveau de soutien familial ($r(469) = -.20, p < .001$), un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($r(470) = .16, p < .001$), un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle ($r(470) = .18, p < .001$) et un haut niveau d'attitudes dysfonctionnelles totales ($r(470) = .19, p < .001$).

Les analyses corrélationnelles effectuées démontrent que chez les garçons, une relation existe entre un haut niveau de soutien familial et un faible niveau d'attitudes

dysfonctionnelles liées à la réussite ($r(230) = -.19, p < .005$) et d'attitudes dysfonctionnelles totales ($r(230) = -.13, p < .05$). Ces analyses démontrent aussi que chez les filles, une relation existe entre un haut niveau de soutien familial et un faible niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($r(293) = -.13, p < .05$), d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($r(293) = -.23, p < .001$) et d'attitudes dysfonctionnelles totales ($r(293) = -.18, p < .005$). Les analyses corrélationnelles révèlent aussi que pour l'échantillon total, il existe un lien significatif entre un haut niveau de soutien familial et un faible niveau d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($r(529) = -.14, p < .005$) et d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($r(529) = -.18, p < .001$). De plus, un haut niveau de soutien familial est corrélé à un faible niveau d'attitudes dysfonctionnelles totales ($r(529) = -.15, p < .001$).

Par ailleurs, une série d'analyses de régression est d'abord réalisée en utilisant l'ensemble des variables à l'étude, soit le soutien familial, les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite, à la dépendance, à l'auto-contrôle et totales, ainsi que la dépression et la délinquance. De plus, une série d'analyses de régression multiple est effectuée afin de d'évaluer le rôle médiateur des attitudes dysfonctionnelles dans la relation entre le soutien familial, la dépression et la délinquance. Les analyses ont été effectuées séparément pour les deux genres. Le tableau 7 présente les résultats des analyses de régression multiple effectuées.

La première série d'analyses de régression multiple indique que pour les garçons, le soutien familial prédit significativement la dépression ($F(1, 229) = 24.02, R^2_{ch} =$

Tableau 7

Régressions multiples du soutien familial et des attitudes dysfonctionnelles
sur la dépression et la délinquance

		Soutien familial		Attitudes dysfonctionnelles							
				Réussite		Dépendance		Auto-contrôle		Totales	
		Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t	Bêta	t
Garçons	Dépression	-.31	-4.90***	.29	3.99**	.07	1.02	.03	.50	.30	4.93***
	Délinquance	-.23	-3.34**	.12	1.58	.03	.46	.20	2.80*	.24	3.52***
Filles	Dépression	-.42	-7.88***	.24	3.66***	.23	3.79***	-.13	-2.22*	.28	4.92***
	Délinquance	-.25	-4.16***	.08	1.15	.09	1.28	-.02	-.30	.12	1.95
Groupe total	Dépression	-.39	-9.77***	.22	4.59***	.19	4.17***	-.12	-2.7*	.24	5.75***
	Délinquance	-.20	-4.39***	.10	1.92	.03	.57	.15	3.03*	.19	4.28***

* $p < .05$. ** $p < .005$. $p < .001$

.09, $p < .001$, $B\acute{e}ta = -.31$) et la délinquance ($F(1, 205) = 11.15$, $R^2_{ch} = .05$, $p < .005$, $B\acute{e}ta = -.23$). De plus, toujours chez les garçons, le soutien familial prédit significativement les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($F(1, 230) = 8.23$, $R^2_{ch} = .03$, $p < .01$, $B\acute{e}ta = -.19$) et les attitudes dysfonctionnelles totales ($F(1, 230) = 4.21$, $R^2_{ch} = .02$, $p < .05$, $B\acute{e}ta = -.13$). Aussi, les analyses de régression révèlent qu'en analysant les trois types d'attitudes dysfonctionnelles, il est possible de prédire la dépression ($F(3, 238) = 9.79$, $R^2_{ch} = .11$, $p < .001$) et la délinquance ($F(3, 204) = 5.40$, $R^2_{ch} = .07$, $p < .005$). Plus spécifiquement, les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite prédisent la dépression masculine ($B\acute{e}ta = .29$, $p < .001$) et les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle prédisent la délinquance masculine ($B\acute{e}ta = .20$, $p < .01$). De plus, les attitudes dysfonctionnelles totales prédisent significativement la dépression masculine ($F(1, 240) = 24.32$, $R^2_{ch} = .09$, $p < .001$, $B\acute{e}ta = .30$) et la délinquance masculine ($F(1, 206) = 12.37$, $R^2_{ch} = .06$, $p < .001$, $B\acute{e}ta = .24$).

Pour l'échantillon féminin, le soutien familial prédit significativement la dépression ($F(1, 293) = 62.16$, $R^2_{ch} = .18$, $p < .001$, $B\acute{e}ta = -.42$) et la délinquance ($F(1, 258) = 17.32$, $R^2_{ch} = .06$, $p < .001$, $B\acute{e}ta = -.25$). Toujours chez les filles, le soutien familial prédit significativement les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($F(1, 293) = 4.76$, $R^2_{ch} = .01$, $p < .05$, $B\acute{e}ta = -.13$), les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($F(1, 293) = 15.83$, $R^2_{ch} = .05$, $p < .001$, $B\acute{e}ta = -.23$) et les attitudes dysfonctionnelles totales ($F(1, 293) = 9.98$, $R^2_{ch} = .03$, $p < .05$, $B\acute{e}ta = -.18$). De plus, les trois types d'attitudes dysfonctionnelles prédisent significativement la dépression chez les filles ($F(3, 293) = 16.26$, $R^2_{ch} = .14$, $p < .001$). Les contributions spécifiques

sont apportées par les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($B\acute{e}ta = .24, p < .001$), les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($B\acute{e}ta = .23, p < .001$) et les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle ($B\acute{e}ta = -.13, p < .05$). De même, les attitudes dysfonctionnelles totales prédisent significativement la dépression féminine ($F(1, 295) = 24.22, R^2_{ch} = .08, p < .001, B\acute{e}ta = .28$). Toutefois, les trois types d'attitudes dysfonctionnelles ne permettent pas la prédiction de la délinquance féminine ($F(3, 256) = n.s.$).

En ce qui concerne l'échantillon total, le soutien familial prédit significativement la dépression ($F(1, 528) = 95.45, R^2_{ch} = .15, p < .001, B\acute{e}ta = -.39$) et la délinquance ($F(1, 469) = 19.29, R^2_{ch} = .04, p < .001, B\acute{e}ta = -.20$). Aussi, le soutien familial prédit significativement les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($F(1, 529) = 10.50, R^2_{ch} = .02, p < .005, B\acute{e}ta = -.14$), les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($F(1, 529) = 17.00, R^2_{ch} = .03, p < .001, B\acute{e}ta = -.18$) et les attitudes dysfonctionnelles totales ($F(1, 529) = 12.54, R^2_{ch} = .02, p < .005, B\acute{e}ta = -.15$). Toujours pour l'ensemble des participants, les analyses de régression révèlent qu'en analysant les trois types d'attitudes dysfonctionnelles, il est possible de prédire la dépression ($F(3, 539) = 23.51, R^2_{ch} = .12, p < .001$) et la délinquance ($F(3, 468) = 7.48, R^2_{ch} = .05, p < .001$) pour l'ensemble des participants. Plus spécifiquement, les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite ($B\acute{e}ta = .22, p < .001$), les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance ($B\acute{e}ta = .19, p < .001$) et les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle ($B\acute{e}ta = -.12, p < .01$) prédisent la dépression pour l'échantillon total. De même, les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle ($B\acute{e}ta = .15, p < .01$) prédisent la délinquance

pour l'ensemble des participants. Finalement, les attitudes dysfonctionnelles totales prédisent significativement la dépression ($F(1, 541) = 33.08$, $R^2_{ch} = .06$, $p < .001$, $B\acute{e}ta = .24$) et la délinquance ($F(1, 470) = 18.28$, $R^2_{ch} = .04$, $p < .001$, $B\acute{e}ta = .19$).

Afin de vérifier la troisième hypothèse, à l'effet que les attitudes dysfonctionnelles auraient un rôle médiateur dans la relation entre le soutien familial et la dépression d'une part et la délinquance d'autre part, une série de régressions multiples est réalisée. Tel que proposé par Baron et Kenny (1986), les analyses considérées significatives sont celles dont le $B\acute{e}ta$, lors de la prédiction de la dépression et de la délinquance par les attitudes dysfonctionnelles, demeure significatif et dont le $B\acute{e}ta$ de la prédiction de la dépression et de la délinquance par le soutien familial diminue significativement lorsque la variable médiatrice (attitudes dysfonctionnelles) est introduite dans l'équation. Bien que la variation de $B\acute{e}ta$ pour le soutien familial n'est significative à 95% pour aucune des relations à l'étude, des résultats intéressants ressortent. Le tableau 8 fournit la liste des $B\acute{e}ta$ du soutien familial pour la première et la deuxième série d'analyses de régressions multiples ainsi que leur écart-type. Ces informations ont permis de déterminer les intervalles de confiances selon la courbe de la loi normale centrée réduite, à un niveau de signification de 95%. Étant donné qu'aucune différence de $B\acute{e}ta$ ne s'est avérée significative à un niveau de .05 à la suite de cette procédure, l'opération inverse a été effectuée afin de déterminer à quel niveau de signification la variation de $B\acute{e}ta$ obtenue correspondait. Pour ce faire,

Tableau 8

Calcul des intervalles de confiance

Garçons	Variable médiatrice (att. dysf.)	Variable dépendante	Bêta	Écart-type	Borne inférieure	Borne supérieure	Z significatif	%
	Réussite	Dépression	-0,308636 -0,254595	0,021679 0,021007	-0,35112684 -0,29576872	-0,26614516 -0,21342128	-1,266012276	80 % *
	Réussite	Délinquance	-0,227317 -0,193441	0,022294 0,022469	-0,27101324 -0,23748024	-0,18362076 -0,14940176	-0,756785738	55 %
	Dépendance	Dépression	-0,308636 -0,295573	0,021679 0,021417	-0,35112684 -0,33755032	-0,26614516 -0,25359568	-0,303113978	24 %
	Dépendance	Délinquance	-0,227317 -0,222132	0,022294 0,022469	-0,27101324 -0,26617124	-0,18362076 -0,17809276	-0,115832272	10 %
	Auto-contrôle	Dépression	-0,308636 -0,307047	0,021679 0,021593	-0,35112684 -0,34936928	-0,26614516 -0,26472472	-0,036721205	3 %
	Auto-contrôle	Délinquance	-0,227317 -0,224601	0,022294 0,021697	-0,27101324 -0,26712712	-0,18362076 -0,18207488	-0,061739901	5 %
	Total	Dépression	-0,308636 -0,270868	0,021679 0,020945	-0,35112684 -0,3119202	-0,26614516 -0,2298158	-0,886073574	63 %
	Total	Délinquance	-0,227317 -0,193348	0,022294 0,022105	-0,27101324 -0,2366738	-0,18362076 -0,1500222	-0,765084799	56 %

Filles	Variable médiatrice (att. dysf.)	Variable dépendante	Bêta	Écart-type	Borne inférieure	Borne supérieure	Z significatif	%
	Réussite	Dépression	-0,418341 -0,388794	0,017957 0,017534	-0,45353672 -0,42316064	-0,38314528 -0,35442736	-0,832520921	59 %
	Réussite	Délinquance	-0,250793 -0,239195	0,010725 0,010824	-0,271814 -0,26041004	-0,229772 -0,21797996	-0,53821523	41 %
	Dépendance	Dépression	-0,418341 -0,363611	0,017957 0,017837	-0,45353672 -0,39857152	-0,38314528 -0,32865048	-1,529027211	87 % *
	Dépendance	Délinquance	-0,250793 -0,235967	0,010725 0,010918	-0,271814 -0,25736628	-0,229772 -0,21456772	-0,685025181	51 %
	Auto-contrôle	Dépression	-0,418341 -0,419596	0,017957 0,017981	-0,45353672 -0,45483876	-0,38314528 -0,38435324	0,034921253	2 %
	Auto-contrôle	Délinquance	-0,250793 -0,250815	0,010725 0,010777	-0,271814 -0,27193792	-0,229772 -0,22969208	0,001023161	0 %
	Total	Dépression	-0,418341 -0,380319	0,017957 0,017815	-0,45353672 -0,4152364	-0,38314528 -0,3454016	-1,062898356	71 % *
	Total	Délinquance	-0,250793 -0,236377	0,010725 0,010917	-0,271814 -0,25777432	-0,229772 -0,21497968	-0,666112189	50 %

Échantillon total	Variable médiatrice (att. dysf.)	Variable dépendante	Bêta	Écart-type	Borne inférieure	Borne supérieure	Z significatif	%
	Réussite	Dépression	-0,391098 -0,361195	0,014022 0,013777	-0,41858112 -0,38819792	-0,36361488 -0,33419208	-1,075686176	72 % *
	Réussite	Délinquance	-0,199126 -0,17699	0,011007 0,011035	-0,22069972 -0,1986186	-0,17755228 -0,1553614	-1,004264586	68 %
	Dépendance	Dépression	-0,391098 -0,350391	0,014022 0,013839	-0,41858112 -0,37751544	-0,36361488 -0,32326656	-1,46107462	86 % *
	Dépendance	Délinquance	-0,199126 -0,193181	0,011007 0,011189	-0,22069972 -0,21511144	-0,17755228 -0,17125056	-0,267841052	2 %
	Auto-contrôle	Dépression	-0,391098 -0,390952	0,014022 0,014024	-0,41858112 -0,41843904	-0,36361488 -0,36346496	-0,005205733	3 %
	Auto-contrôle	Délinquance	-0,199126 -0,196312	0,011007 0,01084	-0,22069972 -0,2175584	-0,17755228 -0,1750656	-0,12880487	10 %
	Total	Dépression	-0,391098 -0,360847	0,014022 0,013876	-0,41858112 -0,38804396	-0,36361488 -0,33365004	-1,084342964	72 % *
	Total	Délinquance	-0,199126 -0,171184	0,011007 0,01102	-0,22069972 -0,1927832	-0,17755228 -0,1495848	-1,268534072	80 % *

l'opération suivante a été effectuée : $[Z = ((\beta_{s1} - \beta_{s2}) / (\sigma_{s1} + \sigma_{s2}))]^2$. Le résultat de cette opération (Z) a permis de trouver le niveau de signification avec la table de la courbe de la loi normale centrée réduite. Dans le texte qui suit, seuls les modèles dont la variation de Bêta est significative à plus de 70% sont rapportés afin de faire ressortir les modèles potentiels les plus intéressants qui seront repris dans la discussion.

Chez les garçons, en contrôlant le soutien familial, la relation entre les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite et la dépression demeure significative ($F(2, 226) = 25.12$, $R^2_{ch} = .09$, $p < .001$) et le Bêta du soutien familial est alors de -.25. Cette variation de Bêta (-.31 à -.25) est significative à 80%.

Chez les filles, lorsque le soutien familial est contrôlé, la relation entre les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance et la dépression demeure significative ($F(2, 292) = 43.72$, $R^2_{ch} = .06$, $p < .001$) et le Bêta du soutien familial est alors de -.36. Ce changement de Bêta (-.42 à -.36) est significatif à 87%. Toujours chez les filles, en contrôlant le soutien familial, la relation entre les attitudes dysfonctionnelles totales et la dépression demeure significative ($F(2, 292) = 40.57$, $R^2_{ch} = .04$, $p < .001$) et le Bêta du soutien familial est alors de -.38. Cette variation de Bêta (-.42 à -.38) est significative à 71%.

² β_{s1} : Bêta du soutien familial de la première analyse de régression
 β_{s2} : Bêta du soutien familial de la deuxième analyse de régression
 σ_{s1} : Écart-type du β_{s1} σ_{s2} : Écart-type du β_{s2}

Pour l'échantillon total, la relation entre les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite et la dépression demeure significative ($F(2, 525) = 65.36$, $R^2_{ch} = .05$, $p < .001$) lorsque le soutien familial est contrôlé et le Bêta du soutien familial est alors de $-.36$. Ce changement de Bêta (de $-.39$ à $-.36$) est significatif à 72%. Aussi, toujours en contrôlant le soutien familial, la relation entre les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance et la dépression de l'ensemble des participants reste significative ($F(2, 525) = 66.84$, $R^2_{ch} = .05$, $p < .001$) et le Bêta du soutien familial est de $-.35$. La variation de Bêta (de $-.39$ à $-.35$) est significative à 86%. Finalement, la relation entre les attitudes dysfonctionnelles totales et la dépression demeure significative ($F(2, 525) = 62.14$, $R^2_{ch} = .04$, $p < .001$), en contrôlant le soutien familial. De plus, le Bêta du soutien familial est de $-.36$; cette variation de Bêta (de $-.39$ à $-.36$) est significative à 72%. Une relation semblable est observée pour la délinquance. En effet, toujours en contrôlant le soutien familial, le lien entre les attitudes dysfonctionnelles totales et la délinquance demeure significatif ($F(2, 466) = 16.62$, $R^2_{ch} = .03$, $p < .001$) et le Bêta du soutien familial est de $-.17$. Ce changement de Bêta (de $-.20$ à $-.17$) est significatif à 80%.

Malgré que quinze des vingt-quatre régressions multiples effectuées dans cette deuxième série d'analyses maintiennent un Bêta significatif pour les attitudes dysfonctionnelles, aucune des relations à l'étude n'a de variation de Bêta significative pour le soutien familial. Ainsi, la troisième hypothèse de la présente étude ne peut être supportée.

Discussion

Le but de la présente étude est d'établir le rôle du soutien familial et des attitudes dysfonctionnelles sur la dépression, la délinquance et la concomitance de ces troubles. De plus, une exploration du rôle médiateur des attitudes dysfonctionnelles sur la relation entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance est réalisée.

L'analyse des résultats permet tout d'abord d'identifier une différence de genre par rapport à la dépression et la délinquance. En effet, les jeunes filles affichent un taux de dépression supérieur à celui des garçons, ce qui confirme les conclusions de plusieurs auteurs (p.ex. Baron & Groulx, 1992; Gosselin & Marcotte, 1997; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Larsson et Melin (1990) mentionnent à cet effet, que le niveau de symptômes dépressifs des filles peut correspondre au double de celui des garçons. Cette différence de genre liée à la dépression n'est pas le résultat d'un quelconque artéfact telle que la plus grande ouverture des filles à partager leur détresse et pourrait s'expliquer par les changements physiologiques vécus à l'adolescence, lesquels sont plus difficiles à vivre pour les jeunes filles que pour les jeunes garçons. Ces changements physiques entraînent une image corporelle négative et une baisse de l'estime de soi chez les jeunes filles, ce qui pourrait expliquer l'émergence de la dépression (p. ex. Marcotte, 1995). Contrairement à la tendance observée pour la dépression, les groupes de délinquants sont surtout composés de garçons durant l'adolescence. Ces résultats abondent dans le même sens que les conclusions de plusieurs autres recherches affirmant la prépondérance des garçons dans la délinquance (p.ex. Ge et al., 1996). Selon Smith, Visser et Jarjoura (1991), les filles participent moins à la délinquance, car elles considèrent ces comportements comme étant moralement mauvais. En plus de constater

que la délinquance est davantage présente chez les garçons, Rhodes et Fischer (1993) mentionnent que l'engagement dans la délinquance est différent selon le genre. Ils remarquent effectivement que pour l'ensemble des jeunes référés à une agence de service social, les filles font davantage d'offenses statutaires (par exemple les fugues), tandis que les garçons posent plutôt des actes contraires à la loi. Il est aussi pertinent de noter que la délinquance des filles est peu expliquée par les résultats, tout comme c'est le cas dans les écrits en général.

D'autres différences liées au genre ont aussi été obtenues lors de la présente étude. En effet, les garçons rapportent recevoir davantage de soutien de leur famille et présentent plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle que les filles. De leur côté, les filles adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance que les garçons. Bien peu de recherches se sont intéressées aux différences entre les garçons et les filles en ce qui a trait aux distorsions cognitives. Marcotte et Leclerc (article soumis) rapportent que les garçons adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles en général, d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite et à l'auto-contrôle. Les résultats de la présente étude confirment donc en partie ceux trouvés par ces auteures, toujours auprès d'une population d'adolescents francophones de milieu scolaire. Ces mêmes auteures indiquent que le style cognitif relatif au soi distorsionné et le langage intérieur pessimiste sont caractéristiques des filles. De façon opposée, Calache et al. (1994) soutiennent que le genre n'influence pas le niveau d'attitudes dysfonctionnelles (mesurées au DAS) rapportées par les adolescents. Ainsi, on peut constater que les connaissances actuelles quant aux différences entre les genres sur les

distorsions cognitives sont à ce jour très préliminaires et demeurent à être étudiées plus en profondeur. De telles clarifications semblent être fondamentales puisqu'elles permettraient une meilleure orientation de l'intervention dispensée aux adolescents.

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente recherche permettent de confirmer que les adolescents dépressifs, délinquants et concomitants rapportent moins de soutien familial que les jeunes du groupe contrôle. Ces résultats appuient l'ensemble des écrits associant le soutien familial à la dépression (p.ex. Licitra-Kleckler & Wass, 1993), à la délinquance (p.ex. Aseltine & Gore, 1993) et à la concomitance (p.ex. Newcomb, 1997) chez une population adolescente.

Ainsi, tel qu'attendu, le faible niveau de soutien familial caractérise les jeunes filles et garçons du groupe dépressif à l'étude. Ces résultats vont dans le sens de ce qui est rapporté par plusieurs auteurs (p.ex. Patten et al., 1997; Reicher, 1993) reconnaissant le rôle crucial qu'a la famille dans l'explication de la dépression à l'adolescence. Conformément aux conclusions de la présente étude quant au lien entre le soutien familial et la dépression, Baron (1993) indique que les symptômes dépressifs des adolescents peuvent émerger lorsque ceux-ci vivent dans un environnement familial incluant le manque de disponibilité émotionnelle, le contrôle déraisonnable ou la présence de conflits ouverts. De plus, les conflits avec les parents figurent parmi les événements de vie stressants les plus souvent rapportés par les adolescents dépressifs (Baron et Emond, 1992, voir Baron, 1993). La présente étude a donc permis de confirmer qu'il existe une association entre le soutien familial et la dépression chez une

population adolescente de milieu scolaire. De plus, tel que mentionné précédemment, les résultats indiquent que les filles perçoivent moins de soutien de la part de leur famille que les garçons. Bien que la dépression soit plus importante chez les filles que chez les garçons et que les filles perçoivent moins de soutien familial que les garçons, les résultats obtenus n'ont pas permis de démontrer d'effet d'interaction entre le genre et la dépression pour le soutien familial. Toutefois, il est possible que ces résultats soient dus au grand nombre de groupes (contrôle, dépressif, délinquant et concomitant). Il est tout de même intéressant de noter que la corrélation unissant le soutien familial à la dépression est plus forte chez les filles que chez les garçons. Selon Slavin et Rainer (1990), l'absence de soutien familial entraîne plus de symptômes dépressifs chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons. De même, Ge et al. (1994) ainsi que Patten et al. (1997) indiquent que le faible soutien de la part de la mère entraîne davantage de symptômes dépressifs chez les filles adolescentes. Ainsi, l'effet d'interaction ne permet pas de soutenir de telles conclusions, mais les corrélations obtenues dans la présente indiquent une certaine tendance. Il serait donc intéressant, dans le cadre de futures recherches, de différencier le soutien du père du soutien de la mère pour identifier leur influence sur la dépression en fonction du genre.

Les résultats obtenus dans la présente étude font aussi part de l'existence d'un lien entre le soutien familial et la délinquance masculine et féminine. Ces résultats permettent donc de confirmer ce qui est rapporté dans le cadre des recherches antérieures. Par exemple, Farrington (1995) considère que les comportements antisociaux peuvent s'exprimer tant par la délinquance que par les conflits entretenus

avec les parents. De même, Gardner (1992) soutient que la présence de problèmes sociaux et familiaux à la maison est caractéristique des jeunes avec un trouble des conduites. Le manque de soutien familial est donc reconnu pour être associé à la délinquance (p. ex. Licitra-Kleckler & Waas, 1993) et ce constat est confirmé dans la présente étude.

Toutefois, les résultats obtenus n'ont pas permis de conclure à un effet d'interaction entre le genre et la délinquance pour le soutien familial, c'est-à-dire qu'il n'a pas été possible de déterminer si le soutien familial influence différemment l'apparition de la délinquance selon le genre. Tel que mentionné précédemment, les garçons perçoivent davantage de soutien familial que les filles, mais ils sont aussi davantage délinquants que les filles. Une interrogation persiste donc quant à l'effet d'interaction de la délinquance et du genre. Selon Mak (1996), l'impact de la famille sur la délinquance semble être différent selon le genre de l'adolescent. Toutefois, cette étude ne porte pas directement sur le soutien familial, mais réfère plutôt à la perception de négligence, de rejet, de contrôle et d'intrusion qu'ont les jeunes face à leurs parents. Cette auteure fait aussi une distinction entre les conséquences liées aux comportements manifestés par la mère des comportements manifestés par le père. Ainsi, la délinquance féminine diffère de la délinquance masculine en fonction du genre du parent ayant émis un comportement particulier (négligence, rejet, contrôle, intrusion). L'influence du soutien familial sur la délinquance en fonction du genre reste donc à être précisée dans les futures recherches. D'autre part, la présente recherche ne tient compte que de l'influence de la famille sur la délinquance, mais non de l'influence des comportements

adoptés par l'adolescent sur la famille. Comme le mentionne Gardner (1992), il serait pertinent d'évaluer une seconde hypothèse selon laquelle les comportements des jeunes auraient une influence sur la famille, comme les troubles parentaux et la satisfaction du couple, qui à leur tour influencent les relations extra-familiales. Ainsi, de futures recherches pourraient évaluer cette nouvelle direction des relations entre la famille et la délinquance.

Les résultats obtenus confirment que le soutien familial est lié à la concomitance. En effet, le manque de soutien familial est associé à la concomitance pour les filles et les garçons. Ces résultats vont dans le même sens que ce qui est rapporté par Reinecke (1995) à l'effet que la famille joue un rôle important dans l'explication des causes et du maintien de la concomitance du trouble des conduites et la dépression. Bien que la chronologie d'apparition des composantes du trouble concomitant soit encore un sujet controversé, la relation entre la famille et le trouble concomitant semble reconnu. Des auteurs (Loeber & Keenan, 1994) mentionnent que ce sont les problèmes comportementaux des jeunes qui entraînent des relations familiales négatives, lesquelles entraînent à leur tour l'apparition de la dépression qui s'ajoute au trouble des conduites. D'autres auteurs soutiennent plutôt que ce sont les facteurs familiaux, notamment la chaleur humaine, les habiletés à la discipline et l'hostilité (Ge et al., 1996), ou encore les soins parentaux et le contrôle (Pedersen, 1994) qui influencent l'émergence du trouble concomitant. Étant donné que la présente étude est de nature transversale, il n'est pas possible de confirmer ou d'infirmer l'une ou l'autre de ces conclusions, mais le rôle de la famille dans l'explication de la concomitance est bien supporté. De futures études

longitudinales pourraient tenter de déterminer si le soutien familial est directement en relation avec la concomitance ou si l'émergence d'un trouble comportemental, telle que la délinquance, entraîne des variations de soutien familial et qu'alors la dépression se joint à la délinquance pour créer un trouble concomitant. D'autre part, Renouf, Kovacs et Mukerji (1997) concluent, suite à une étude effectuée auprès de jeunes de 8 à 13 ans référés en psychiatrie, que le trouble concomitant incluant le trouble des conduites est associé à un faible niveau de compétence sociale vers la fin de l'adolescence. Ainsi, il serait pertinent d'évaluer l'impact du trouble concomitant sur les variables familiales dans les recherches futures. Il serait possible que d'une part, le manque de soutien familial entraîne la concomitance, mais que d'autre part, la concomitance entraîne un certain rejet de la part de la famille ou de l'environnement social.

La présente étude a permis de déterminer l'effet du soutien familial sur la concomitance, mais étant donné le peu d'adolescents dans le groupe concomitant, il n'a pas été possible de déterminer si la concomitance est davantage représentée par les filles ou les garçons. Il aurait été intéressant de vérifier si les filles ont plus de probabilités de vivre un trouble concomitant, comme le mentionnent Kandel et Davies (1982) ou encore si le taux de concomitance est similaire chez les deux genres, comme le soutiennent Ge et al. (1996) ainsi que Giguère et al. (2000). Aussi, la présence d'un plus grand nombre de participants concomitants aurait permis de vérifier si l'expression de la concomitance est différente selon le genre. En effet, Giguère et al. (2000) mentionnent que les filles concomitantes sont davantage déprimées, tandis que les garçons concomitants présentent davantage de troubles extériorisés et/ou de délinquance. De plus, les résultats n'ont pas

permis de conclure à un effet d'interaction entre le groupe concomitant et le genre en fonction du soutien familial. C'est-à-dire qu'il n'est pas possible de déterminer si le soutien familial influence la concomitance selon le genre des adolescents. De futures études pourraient se porter sur cette question pour vérifier si de telles conclusions sont obtenues.

Il est aussi important de mentionner que les conclusions concernant le groupe concomitant sont à interpréter prudemment. En effet, des différences de moyennes incluant le groupe concomitant paraissent parfois importantes à première vue, mais les analyses statistiques ne permettent pas d'émettre des conclusions à ce sujet. Par exemple, le groupe concomitant présente un plus faible niveau de soutien familial que le groupe dépressif, mais seul le groupe dépressif est reconnu comme ayant un plus faible niveau de soutien familial que le groupe délinquant. Ceci est probablement explicable par le nombre peu élevé d'adolescents concomitants et encore une fois, de futures recherches incluant davantage de participants concomitants pourraient faire ressortir des différences intéressantes.

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente étude démontrent que les adolescents dépressifs, délinquants et concomitants présentent plus d'attitudes dysfonctionnelles que les jeunes du groupe contrôle.

Les résultats confirment l'existence d'un lien entre les attitudes dysfonctionnelles et la dépression chez les adolescents de milieu scolaire. Ces conclusions supportent le modèle cognitif de Beck (1967, voir Baron, 1993) qui identifie différents modes de

pensée inadéquats chez les personnes dépressives. En effet, selon cette théorie, les schèmes cognitifs négatifs et la mise en marche de la triade cognitive contribuent au développement des symptômes dépressifs. Cette théorie a été appuyée par les résultats de certaines recherches (p.ex. Baron, 1993; Marcotte, 1996; Marton et al., 1993; Marton & Kutcher, 1995) effectuées auprès de populations adolescentes. Par exemple, Garber et al. (1993) ont appliqué la théorie de Beck à une population adolescente de milieu scolaire et concluent que plus le niveau de dépression est élevé, plus il y aura manifestation d'attitudes dysfonctionnelles, de pensées négatives automatiques, de désespoir et de style attributionnel lié à l'impuissance. Les résultats de la présente étude confirment donc cette conclusion quant aux attitudes dysfonctionnelles davantage présentes chez les jeunes du groupe dépressif.

De plus, un caractère nouveau est apporté avec les résultats ici obtenus, c'est-à-dire qu'une spécification est apportée avec l'analyse des trois types d'attitudes dysfonctionnelles, soit celles liées à la réussite, à la dépendance et à l'auto-contrôle. En effet, encore peu d'études ont utilisé l'EAD auprès des adolescents et son utilisation permet de préciser le type particulier d'attitudes dysfonctionnelles étant liées à la dépression. Les adolescents dépressifs présentent plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite (« Les gens auront probablement une moins bonne opinion de moi si je fais une erreur ») que les jeunes du groupe contrôle. De plus, les jeunes dépressifs rapportent avoir plus d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance (« Mon bonheur dépend plus des autres que de moi ») que le groupe contrôle et le groupe délinquant. Toutefois, aucune différence n'est ressortie entre le groupe dépressif et les autres

groupes à l'étude pour les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle (« Je devrais toujours avoir un contrôle total sur mes émotions »). Ces résultats corroborent ceux obtenus par Marcotte et Leclerc (article soumis) qui font ressortir un lien entre la dépression et les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite et à la dépendance chez une population adolescente. De même, ces auteures ne dénotent pas de différence entre le groupe dépressif et le groupe contrôle au niveau des attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle.

Malgré l'absence d'interaction entre le genre et la dépression pour les attitudes dysfonctionnelles, on peut se demander si la prépondérance de chacun des genres à adopter un type spécifique d'attitudes dysfonctionnelles est en lien avec les taux différentiels observés dans les problématiques. En fait, les deux genres auraient leur vulnérabilité face à la dépression dans un cadre scolaire, mais de façon différente: les garçons sur l'importance d'exceller dans un domaine (attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite) et les filles sur le fait d'avoir besoin d'approbation d'autrui (attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance). Ces résultats, quant aux différences de genre, confirment ceux obtenus par Marcotte et Leclerc (articles soumis). De plus, l'absence d'interaction entre le genre et la dépression pour les attitudes dysfonctionnelles semble confirmer ce que mentionnent Marton et Kutcher (1995), à l'effet que ni l'âge, ni le genre ne contribue à l'association entre la dépression et les distorsions cognitives chez les adolescents. De futures études pourraient éventuellement apporter des clarifications supplémentaires sur ce point.

Selon Marton et al. (1993), une diminution des distorsions cognitives est notable lors de la rémission de la dépression, mais elles demeurent tout de même plus élevées que chez les jeunes non dépressifs. D'après eux, cette persistance, bien que diminuée, de distorsions cognitives peut contribuer à la récurrence du trouble dépressif. La présente étude ne permet pas de vérifier une telle hypothèse, mais de futures recherches longitudinales pourraient contribuer au développement des connaissances à ce sujet.

Les résultats obtenus dans le cadre de la présente recherche ont permis d'identifier que les jeunes délinquants présentent plus d'attitudes dysfonctionnelles au total que les adolescents du groupe contrôle. Ces résultats sont très importants étant donné la quasi absence d'études sur ce sujet. Les résultats obtenus dans la recherche ici présentée confirment les quelques études qui existent à ce sujet. Par exemple, les résultats sont similaires à ceux de Liao et al. (1998), à l'effet que les délinquants présentent plus de distorsions cognitives que les non-délinquants. Selon ces auteurs, une forte corrélation existe entre les distorsions cognitives et l'auto-évaluation des comportements antisociaux, et ce, tant chez les jeunes de milieu scolaire que chez les jeunes du groupe délinquant. De plus, ces auteurs affirment qu'un plus haut niveau de distorsions cognitives est obtenu par le groupe délinquant, en comparaison au groupe non-délinquant, ce qui ressort aussi dans la présente étude. L'étude de Hasting et al. (1997), soulignant la présence importante de pensées automatiques négatives et de distorsions cognitives chez les adolescents du groupe « abuseurs sexuels » et du groupe « trouble des conduites », est aussi confirmée par les résultats obtenus dans la présente étude. Ainsi, la présente recherche démontre la pertinence d'évaluer les attitudes

dysfonctionnelles en plus des limites cognitives déjà étudiées et reconnues chez les délinquants. Comme le mentionne Reinecke (1995), plusieurs facteurs cognitifs peuvent être associés au trouble des conduites, dont les déficits de résolution de problèmes, les attributions erronées à propos des intentions d'autrui dans les situations sociales ambiguës et finalement, les erreurs de pensée à propos de l'utilité des comportements agressifs et sociaux. De plus, une information nouvelle est apportée dans la présente étude par le résultat obtenu à l'effet que les délinquants adoptent davantage d'attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle (« Je devrais toujours avoir le contrôle sur mes émotions ») que les jeunes des groupes contrôle et dépressif. À ce jour, aucune étude n'a permis de distinguer des distorsions cognitives spécifiques à chacune de ces problématiques. Ainsi, les présents résultats fournissent des informations cruciales au développement de programmes d'intervention différentiels pour chacune de ces problématiques. Il serait intéressant que de futures recherches se portent aussi sur la question pour confirmer une telle conclusion.

Bien qu'il n'y ait pas d'interaction entre le genre et la délinquance pour les attitudes dysfonctionnelles, il est possible de se questionner sur la possibilité d'un lien unissant l'adoption spécifique d'un type d'attitudes dysfonctionnelles par les garçons à la problématique délinquante. En effet, les garçons qui adoptent des attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle semblent avoir une vulnérabilité particulière à la délinquance.

D'après les résultats obtenus dans le cadre de la présente recherche, les jeunes du groupe concomitant, tout comme les jeunes des groupes dépressif et délinquant, rapportent plus d'attitudes dysfonctionnelles que les adolescents du groupe contrôle. Peu d'études portent sur le lien unissant les attitudes dysfonctionnelles à la concomitance et celles disponibles concernent des populations psychiatriques. Cette étude constitue la première du genre à s'intéresser au rôle des attitudes dysfonctionnelles dans l'explication de la concomitance de la dépression et de la délinquance. Les résultats de la présente recherche confirment ceux obtenus par Calache et al. (1994). D'après leurs résultats, les jeunes consommateurs dépressifs présentent davantage d'attitudes dysfonctionnelles que les jeunes consommateurs non-dépressifs et que les jeunes du groupe contrôle. De plus, Kempton et al. (1994) rapportent qu'un plus haut niveau d'erreurs cognitives est relevé chez les jeunes du groupe concomitant, en comparaison aux groupes à trouble unique ou au groupe contrôle. Nos résultats confirment en partie ces conclusions, c'est-à-dire que le groupe concomitant de la présente étude rapporte plus d'attitudes dysfonctionnelles que le groupe contrôle. Comme le mentionne Reinecke (1995), les jeunes dépressifs, tout comme les jeunes ayant un trouble des conduites, présentent des erreurs d'attention, de jugement et d'attribution en plus des difficultés lors du rappel des événements et de la résolution des problèmes sociaux. Ainsi, comme ces deux groupes à trouble unique présentent de telles difficultés au niveau cognitif, il était attendu que des résultats semblables soient obtenus avec les participants concomitants de la recherche ici présentée.

Les adolescents du groupe concomitant ne se démarquent toutefois pas des autres groupes à l'étude en fonction des trois types d'attitudes dysfonctionnelles (liées à la réussite, à la dépendance et à l'auto-contrôle), c'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'attribuer un type d'attitudes dysfonctionnelles spécifique au groupe concomitant. En effet, le groupe concomitant se différencie du groupe contrôle au niveau des attitudes dysfonctionnelles totales et non au niveau des types d'attitudes dysfonctionnelles. Cette conclusion visant les trois types d'attitudes dysfonctionnelles doit être interprétée prudemment, car le nombre très peu élevé de jeunes concomitants n'a pu permettre de faire ressortir les différences qui auraient pu l'être avec un nombre de participants plus élevé. En effet, le groupe concomitant n'a une moyenne que légèrement inférieure à celle du groupe dépressif pour les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite, mais seul le groupe dépressif est reconnu comme ayant une moyenne supérieure à celle du groupe contrôle. Il serait donc intéressant de vérifier, avec un plus grand nombre de participants, si le groupe concomitant ne diffère pas, lui aussi, du groupe contrôle sur les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite. De plus, le groupe concomitant obtient une moyenne supérieure au groupe dépressif pour la variable des attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance, mais seul le groupe dépressif est reconnu comme étant supérieur aux groupes contrôle et délinquant. Encore ici, il est possible qu'un groupe concomitant plus nombreux fasse ressortir des différences intéressantes avec les autres groupes à l'étude. Il serait donc pertinent, dans les recherches futures, d'évaluer la présence d'attitudes dysfonctionnelles spécifiques chez un plus grand nombre d'adolescents avec un trouble concomitant de dépression et de délinquance.

Finalement, il est intéressant de noter que les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance sont davantage caractéristiques des filles et permettent aussi de distinguer le groupe dépressif des groupes contrôle et délinquant. D'autre part, les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle caractérisent les garçons et permettent de discerner le groupe délinquant des groupes contrôle et dépressif. De même, on retrouve plus de filles dépressives et plus de garçons délinquants. À la lumière de ces résultats d'intéressantes conclusions ressortent, à l'effet que les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance et à l'auto-contrôle permettent de bien différencier les groupes dépressif et délinquant. De tels résultats demandent à être vérifiés dans de futures recherches. De plus, l'inclusion d'un plus grand groupe de participants concomitants ou encore la reproduction de cette étude avec une population clinique de jeunes pourrait permettre de nouvelles découvertes à leur sujet.

Les résultats obtenus permettent donc de supporter les conclusions énoncées dans les recherches antérieures, mais apportent aussi de nouvelles informations quant à la spécificité des attitudes dysfonctionnelles pour chaque trouble. En effet, un lien existe entre les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite et la dépression. Ainsi, les jeunes dépressifs risquent d'adopter davantage d'attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite, indépendamment du genre. Toutefois, les filles demeurent plus vulnérables à présenter des attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance que les garçons. Ces attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance illustrent de façon qualitative les relations qu'entretiennent les individus avec autrui. Ce sont les filles et les jeunes du groupe dépressif qui adoptent majoritairement ce type d'attitudes dysfonctionnelles. Il est donc

probable que les jeunes filles aient tendance à se valoriser davantage en fonction des relations interpersonnelles entretenues et une défaillance à ce niveau est reconnue pour être liée à la dépression. Ceci pourrait donc expliquer la présence importante de filles dans le groupe de jeunes présentant davantage d'attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance et dans le groupe dépressif. Finalement, les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle illustrent surtout l'apprentissage que fait un individu à propos de la gestion ou du contrôle de ses émotions. Les résultats démontrent que plus de garçons présentent des lacunes à ce niveau et que ces difficultés de gestion ou de contrôle émotif sont reliées à la délinquance à l'adolescence.

La troisième hypothèse stipulait que les attitudes dysfonctionnelles auraient un rôle médiateur dans la relation entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance. Contrairement à ce qui était attendu, les résultats actuels ne permettent pas de confirmer que les attitudes dysfonctionnelles jouent un rôle médiateur dans la relation entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance.

Aucune étude porte directement sur le rôle médiateur des attitudes dysfonctionnelles dans la relation entre le soutien familial et la dépression et les résultats obtenus dans la présente étude n'ont pas permis de supporter les rares études connexes, mais ils indiquent tout de même une tendance certaine. Bien que les résultats obtenus ne soient pas significatifs, quelques modèles indiquent un effet médiateur à un niveau de signification de plus de 70%. Ainsi, les résultats s'approchent de ce qui aurait pu confirmer les conclusions de Hammen (1991), basées sur des propositions théoriques, à

l'effet que la critique parentale excessive et l'absence d'adulte réconfortant entraînent l'émergence de cognitions négative qui ensuite entraînent la présence de symptômes dépressifs durant un épisode de dépression. De même, Simons et Miller (1987) mentionnent qu'on ne peut omettre de considérer la faible estime de soi, comme variable cognitive, dans la relation unissant le faible soutien familial à la dépression. Selon ces auteurs, la relation entre la famille et la dépression est de nature indirecte, car le manque de soutien familial influence la faible estime de soi qui à son tour entraîne la dépression. Les résultats de la présente s'apparentent, sans toutefois pouvoir les confirmer, aux résultats obtenus par Ostrander et al. (1998) qui considèrent les distorsions cognitives comme jouant un rôle critique dans la prédiction de la dépression dans le cadre d'un lien entre la famille et la dépression.

Aucune étude ne porte directement sur les attitudes dysfonctionnelles comme médiateur de la relation unissant le soutien familial à la délinquance. Toutefois, Peiser et Heaven (1996) soutiennent que les relations familiales négatives et le retrait d'amour parental entraînent la faible estime de soi qui finalement influence la présence de délinquance. Considérant la faible estime de soi comme variable cognitive, il est possible d'affirmer que les présents résultats ne sont pas parvenus à confirmer de telles conclusions. Ainsi, les résultats de la présente recherche ne permettent pas de conclure au rôle médiateur des attitudes dysfonctionnelles dans le lien unissant le soutien familial à la délinquance.

D'autre part, le rôle médiateur des attitudes dysfonctionnelles dans la relation entre le soutien familial et la concomitance n'a pu être évalué à cause de l'échantillon restreint du groupe concomitant en plus du caractère dichotomique de la variable concomitance, alors que des variables continues ont été utilisées dans le but de vérifier cette hypothèse.

Malgré que les résultats ne permettent pas de conclure à un rôle médiateur des attitudes dysfonctionnelles, il est important de mentionner que l'interaction entre chacune des variables s'est avérée présente. Ainsi, de futures recherches pourraient tenter de préciser quel est le rôle des attitudes dysfonctionnelles dans la relation unissant le soutien familial à la dépression et à la délinquance.

La présente étude a permis de confirmer l'importance de la famille et des variables cognitives lors de l'explication des troubles dépressif, délinquant et concomitant. De tels résultats, confirmant des conclusions semblables obtenues par d'autres chercheurs, donnent des indices quant au type d'intervention à privilégier pour les troubles dépressif, délinquant et concomitant.

Reconnaissant l'importance de considérer la famille lors des interventions, Rapp et Wodarski (1997) proposent une conjugaison de la thérapie familiale à d'autres types d'intervention pour traiter la dépression. Cette thérapie familiale devrait entre autre porter sur l'amélioration de la communication au sein de la famille, des habiletés parentales et des techniques de résolution de problèmes (Lewinsohn et al., 1994; Stark, Rouse & Kurowski, 1994, voir Rapp & Wodarski, 1997). De même, Reinecke (1995)

souligne la pertinence d'une intervention centrée sur l'individu et la famille pour le traitement de la concomitance du trouble des conduites et de la dépression. De façon semblable à ce qu'ils proposent pour le traitement de la dépression et du trouble des conduites, Rapp et Wodarski (1997) suggèrent une intervention familiale visant d'une part l'amélioration de la gestion familiale et de la communication et visant d'autre part, la résolution de problèmes pour les jeunes présentant un trouble concomitant.

Tout comme pour le soutien familial, il est reconnu que les variables cognitives, ou plus particulièrement les distorsions cognitives, occupent une place importante dans l'explication de la dépression, de la délinquance et de la concomitance de ces troubles. Ainsi, Reinecke (1995) reconnaît que les adolescents dépressifs tendent à manifester plus de distorsions cognitives et de biais cognitifs, donc il suggère une thérapie cognitive pour le traitement de ce trouble. En effet, un traitement émotivo-rationnel inspiré du modèle d'Ellis a permis de noter une diminution significative des symptômes dépressifs et des croyances irrationnelles lors de la relance chez une population francophone adolescente (Marcotte et Baron, 1993). Bien que la présente étude soit corrélationnelle, les résultats semblent suggérer qu'en milieu scolaire, une intervention orientée vers les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite et à la dépendance serait appropriée pour les jeunes dépressifs et qu'une intervention orientée vers les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle le serait pour les jeunes délinquants. De futures recherches pourraient poursuivre l'étude du rôle de chacune de ces attitudes dysfonctionnelles pour confirmer leur spécificité à la dépression et à la délinquance adolescente. Cette précision permet une intervention mieux orientée, en fonction des attitudes

dysfonctionnelles adoptées par les jeunes dépressifs. L'intervention cognitive dispensée aux jeunes délinquants est similaire à celle des jeunes dépressifs, c'est-à-dire qu'elle est aussi centrée sur les facteurs cognitifs et comportementaux du jeune. Toutefois, le traitement de la délinquance vise surtout des croyances et attentes associées à l'agressivité en plus des comportements agressifs et vise aussi l'amélioration des moyens utilisés pour répondre aux défis sociaux (Reinecke, 1995). Finalement, le peu d'information à propos de l'intervention dispensée aux jeunes concomitants justifierait la pertinence d'étudier les résultats obtenus lors de l'application des thérapies cognitives déjà dispensées pour les adolescents dépressifs ou délinquants.

Bien que le rôle médiateur des attitudes dysfonctionnelles n'a pu être établi dans la relation entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance, un lien existe entre la variable familiale et la variable cognitive. Ainsi, quelques auteurs proposent des types d'interventions centrées tant sur les facteurs familiaux que sur les facteurs cognitifs pour traiter la dépression et la délinquance. Par exemple, Simons et Miller (1987) soutiennent qu'il est probable que les cognitions négatives des adolescents dépressifs soient conséquentes aux problèmes socio-environnementaux. Ils proposent donc une intervention au niveau de ces deux facteurs, mais ils jugent qu'il serait préférable de se centrer sur les problèmes socio-environnementaux, car ils contribuent au maintien de la triade cognitive. De même Patterson (1982, 1986, voir Reinecke, 1995) suggère d'intervenir auprès des jeunes délinquants en mettant l'emphasis sur les interactions familiales, car la famille serait le milieu d'acquisition des distorsions cognitives et des déficits liés à l'analyse de l'information. Finalement, Rapp et

Wodarski (1997) confirment que les stratégies cognitives-comportementales et la thérapie familiale sont indiquées pour l'intervention auprès de jeunes ayant un trouble dépressif ou un trouble des conduites. Conséquemment, ils proposent ces mêmes types d'interventions comme point de départ pour le traitement des jeunes avec un trouble concomitant. Ces conclusions concernant la thérapie chez les adolescents ayant un trouble concomitant devraient faire partie des questionnements des recherches futures sur la comorbidité, et ce, afin d'apporter des précisions ou des modifications aux interventions proposées. De plus, il faudrait préciser de quoi est constituée la comorbidité féminine en comparaison à la comorbidité masculine, afin d'élaborer des programmes mieux adaptés à chacun des genres.

Certaines limites sont à souligner pour la présente étude. D'abord, les participants proviennent uniquement d'un milieu scolaire et des instruments auto-évaluatifs ont été utilisés pour évaluer les différentes variables, ceci ne permettant pas de généralisation ou de comparaison avec la population clinique et limite ainsi la portée des résultats obtenus. En effet, Tems et al. (1993) indiquent que la généralisation des résultats obtenus chez des adolescents de milieu scolaire à des jeunes de groupes cliniques peut être questionnable, car ce sont deux populations bien différentes. Il est toutefois important de mentionner que les connaissances liées à la population scolaire sont plus que pertinentes, car les programmes de prévention et d'intervention sont habituellement implantés dans les écoles. Il faut donc arriver à bien connaître chaque population. Ainsi, les futures recherches pourraient combiner les deux types

d'évaluation, auprès des deux populations et ainsi permettre une comparaison adéquate des résultats.

Malgré l'échantillon imposant utilisé dans cette étude, un échantillon encore plus grand de milieux scolaires ou encore un échantillon clinique aurait permis de retrouver davantage de filles délinquantes, de garçons dépressifs et de participants concomitants, ce qui aurait été favorable pour les analyses statistiques effectuées.

De plus, les mêmes variables pourraient être étudiées dans une étude longitudinale afin de déterminer l'évolution, la rémission et la récurrence des troubles dépressif, délinquant et concomitant dans le temps. Ce type d'étude permettrait aussi de clarifier l'ordre d'apparition des différents troubles composant la concomitance, ce qui demeure encore aujourd'hui un sujet mitigé dans la littérature disponible. Tel que mentionné précédemment, il serait intéressant d'observer l'ordre d'apparition des différentes variables chez les adolescents. Ceci permettrait d'identifier si le faible niveau de soutien familial précède les troubles dépressif, délinquant et concomitant, ou si c'est l'apparition de ces troubles qui entraîne une diminution de l'implication des parents, donc une diminution du soutien familial prodigué aux jeunes. De même, cela permettrait de déterminer si les distorsions cognitives se manifestent avant la dépression, la délinquance et la concomitance ou si l'inverse est plutôt représentatif de la réalité. Finalement, il serait aussi intéressant de vérifier si l'influence du soutien familial et des attitudes dysfonctionnelles sur la dépression, la délinquance et la concomitance, diffère en fonction de l'âge des participants.

Conclusion

D'abord, les résultats obtenus ont permis de faire ressortir, pour chaque variable à l'étude, les différences liées au genre. Ainsi, il est possible de conclure que les jeunes filles sont davantage dépressives, tandis que les jeunes garçons sont plutôt délinquants. De même, les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance sont adoptées par les filles, alors que les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle sont caractéristiques des garçons durant l'adolescence.

Les résultats de la présente étude ont également permis de confirmer la présence d'un faible niveau de soutien familial chez les adolescents dépressifs, délinquants et concomitants, en comparaison aux jeunes du groupe contrôle. Quelques études réalisées auprès des enfants et des adolescents abordent le sujet de la famille, en évaluant ses diverses facettes. Ainsi, la présentation de cette étude contribue à poursuivre l'acquisition des connaissances concernant la famille, mais cette fois-ci en se concentrant davantage sur le soutien que prodigue la famille chez les jeunes dépressifs, délinquants et concomitants. L'importance de considérer la famille comme concept impliqué dans l'explication de ces troubles semble donc démontrée. Les différences de genre sont donc intéressantes à observer lors de l'étude de la dépression et de la délinquance. De plus, un nombre plus élevé de participants permettrait de tirer des conclusions quant aux différences de genre chez les adolescents avec un trouble concomitant composé de la dépression et de la délinquance.

Tel que prévu par la deuxième hypothèse, les attitudes dysfonctionnelles distinguent les jeunes dépressifs, délinquants et concomitants des jeunes du groupe

contrôle. En effet, les jeunes ayant un de ces troubles présentent davantage d'attitudes dysfonctionnelles que les adolescents du groupe contrôle. Ces conclusions abondent dans le sens des recherches effectuées à ce sujet et confirment la théorie cognitive de Beck (1967, 1977) pour les jeunes dépressifs. L'apport de la présente étude se situe au niveau des trois types d'attitudes dysfonctionnelles étudiées, soit celles liées à la réussite, à la dépendance et à l'auto-contrôle. En effet, la considération de ces types d'attitudes dysfonctionnelles vient affiner les résultats obtenus et permet de faire ressortir des conclusions intéressantes. Les attitudes dysfonctionnelles liées à l'auto-contrôle semblent être caractéristiques des garçons et des délinquants, tandis que les attitudes dysfonctionnelles liées à la dépendance caractérisent surtout les filles et les jeunes du groupe dépressif. De futures recherches permettraient de préciser ces résultats tout en confirmant le rôle de chacun des types d'attitudes dysfonctionnelles selon le trouble à l'étude et selon le genre. Ainsi, les attitudes dysfonctionnelles en général ont un rôle majeur dans l'explication de la dépression, de la délinquance et de la concomitance chez une population adolescente. Toutefois, lorsque ces attitudes dysfonctionnelles sont évaluées selon leur type (réussite, dépendance et auto-contrôle), des nuances s'imposent et ce caractère innovateur demeure à être développé.

La troisième hypothèse n'a toutefois pu être confirmée par les résultats obtenus lors de la présente étude. Les attitudes dysfonctionnelles liées à la réussite, à la dépendance, à l'auto-contrôle et totales n'ont pas démontré d'effet médiateur dans la relation entre le soutien familial et la dépression ainsi que la délinquance. L'évaluation de ce rôle médiateur n'a pu être effectué avec le groupe concomitant, en raison de

l'échantillon restreint de participants dans ce groupe et aussi en raison de la qualité dichotomique de cette variable, alors que les analyses statistiques devaient être effectuées avec des variables continues. Les variables sont liées entre elles, donc la nature de la relation serait à réviser et l'inclusion de nouvelles variables serait intéressante.

Les présentes conclusions démontrent la pertinence d'explorer tant les variables familiales que les variables cognitives afin de bien saisir les problématiques dépressive, délinquante et concomitante. Les connaissances acquises à ce sujet peuvent aussi permettre de proposer une intervention mieux adaptée aux besoins des jeunes présentant ces troubles. La pertinence de dispenser une intervention tant familiale que cognitive, par exemple une intervention émotivo-rationnelle, aux adolescents et à leurs familles serait intéressante à explorer.

Références

- Akiskal, H.S., & McKinney, W.T., Jr. (1975). Overview of recent research in depression : Integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical frame. Archives of General Psychiatry, 32, 285-305.
- American Psychiatric Association. (1996). Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders. (4e éd.) Washington, DC : Auteur.
- Angold, A., & Costello, E. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents : Empirical, theoretical, and methodological issues. American Journal of Psychiatry, 150(12), 1779-1791.
- Albright, J.S., & Henderson, M.C. (1995). How real is depressive realism ? A question of scales and standards. Cognitive Therapy and Research, 19(5), 589-609.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P.M., Hops, H. (1990). Sex differences and adolescent depression. Journal of Abnormal Psychology, 99(1), 55-63.
- Aseltine, R.H., Jr., & Gore, S. (1993). Mental health and social adaptation following the transition from high school. Journal of Research on Adolescence, 3(3), 247-270.
- Baron, P. (1993). La dépression chez les adolescents. Canada : Edisem Inc. Et Maloine.
- Baron, P., & Groulx, L.F. (1992). Étude de la fréquence des symptômes dépressifs chez les adolescents francophones. Science et comportement, 22(3-4), 193-202.
- Baron, P., Joubert, N., & Mercier, P. (1991). Situations stressantes et symptomatologie dépressive chez les adolescents. Revue européenne de Psychologie Appliquée, 41, 173-180.
- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of Personality and Social Psychology, 58(6), 1179-1182.
- Baron, P., & Laplante, L. (1984). L'Inventaire de Dépression de Beck : Son utilisation auprès d'un échantillon d'adolescents francophones. Revue de modification du comportement, 14, 161-166.
- Baron, P., & Peixoto, N. (1990). Depressive symptoms in adolescent as a function of personality factors. Journal of Youth and Adolescence, 20, 493-500.
- Baron, P., & Perron, L.M. (1986). Sex differences in the Beck Depression Inventory scores of adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 15(2), 165-171.

- Barrera, M. Jr., & Garrison-Jones, C. (1988). Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. Journal of Abnormal Child Psychology, 16, 263-273.
- Barrera, M., Jr., & Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology, 20(1), 1-16.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New-York: Hoeber.
- Beck, A.T. (1977). Depression : Causes and treatment. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. Dans P.J. Clayton & J.E. Barrett (Eds), Treatment of depression: Old controversies and new approaches. New York: Raven Press.
- Ben-Amos, B. (1992). Depression and conduct disorders in children and adolescents : A review of the literature. Bulletin of the Menninger Clinique, 56(2), 188-208.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., & Lelon, E. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression : Fact or artifact ? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34(5), 579-590.
- Bird, H., Gould, M.S., & Staghezza, B.M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 Years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32(2), 361-368.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Revue canadienne des sciences du comportement, 14, 211-218.
- Calache, J., Martinez, R., Verhulst, S.J., Bourgeois, M., & Peyre, F. (1994). Dysfunctional attitudes in depressed and non-depressed substance abusers : An exploratory study. European Psychiatry, 9(2), 77-82.
- Capaldi, D.M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys : II. A 2-year follow-up at Grade 8. Development and Psychopathology, 4, 125-144.
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology : Concepts, issues and research strategies. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32(7), 1063-1080.

- Clark, D.A., Beck, A.T., & Alford, B.A. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: Wiley & Sons.
- Dalferro, A., & Marcotte, D. (1999). Influence de l'environnement familial et du style parental sur le vécu dépressif chez des adolescents de milieu scolaire, selon le type de structure familiale. Article soumis.
- Dalley, M.B., Bolocofsky, D.N., Alcorn, M.B., & Baker, C. (1992). Depressive symptomatology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities. School Psychology Review, 21(3), 444-458.
- Deal, S.L., & Williams, J.E. (1988). Cognitive distortions between life stress and depression in adolescent. Adolescence, 23(90), 477-490.
- Dobson, K.S., & Breiter, H.J. (1983). Cognitive assessment of depression : Reliability and validity of three mesures. Journal of Abnormal Psychology, 92(1), 107-109.
- Dohr, K.B., Rush, A.J., & Bernstein, I.H. (1989). Cognitive biases and depression. Journal of Abnormal Psychology, 98(3), 263-267.
- Donnelly, M. (1999). Factors associated with depressed mood among adolescents in Northern Ireland. Journal of Community and Applied Social Psychology, 9(1), 47-59.
- Ehrenberg, M.F., Cox, D.N., & Koopman, R.F. (1990). The prevalence of depression in high school students. Adolescence, 25(100), 905-912.
- Farrington, D.P. (1995). The challenge of teenage antisocial behavior. Dans M. Rutter (Éd.), Psychological disturbance in young people. New York : Cambridge University Press.
- Fleming, J.E., & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders : A Critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 571-580.
- Fréchette, M., & LeBlanc, M. (1987). Délinquances et délinquants. Chicoutimi, Québec : Gaëtan Morin.
- Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 102(1), 47-57.
- Gardner, F.E.M. (1992). Parent-child interaction and conduct disorder. Educational psychology review, 4(2), 135-163.

- Ge, X., Best, K.M., Conger, R.D., & Simons, R.L. (1996). Parenting behaviors and the occurrence and co-occurrence of adolescent depressive symptoms and conduct problems. Developmental Psychology, 32(4), 717-731.
- Ge, X., Conger, R.D., Lorenz, F.O., Shanahan, M., & Elder, G.H., Jr. (1995). Mutual influences in parent and adolescent psychological distress. Developmental Psychology, 31(3), 406-419.
- Ge, X., Lorenz, F.O., Conger, R.D., Elder, G.H., Jr., & Simons, R.L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. Developmental Psychology, 30(4), 467-483.
- Giguère, J., Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., Royer, E., & Leclerc, D. (2000). Le style parental et les différences liées au genre chez les adolescents dépressifs, à troubles extériorisés et délinquants. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Gosselin, M.-J., & Marcotte, D. (1997). Le rôle de l'appréciation subjective de l'habileté de résolution de problèmes dans la dépression chez les adolescents. Science et comportement, 25(3), 299-314.
- Gotlib, I.H., & Hammen, C.L. (1992). Psychological aspects of depression : Toward a cognitive-interpersonal integration. New York : J. Wiley.
- Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Rohde, P., & Redner, J.E. (1993). Negative cognitions and attributional style in depressed adolescents : An examination of stability and specificity. Journal of Abnormal Psychology, 102(4), 607-615.
- Hammen, C. (1991). Depression runs in family. New York : Springer-Verlag.
- Hammen, C., & Compas, B.E. (1994). Unmasking unmasked depression in children and adolescents : The problem of comorbidity. Clinical Psychology Review, 14(6), 585-603.
- Hastings, T., Anderson, S.J., & Hemphill, P. (1997). Comparisons of daily stress, coping, problem behavior, and cognitive distortions in adolescent sexual offenders and conduct-disordered youth. Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment, 9(1), 29-42.
- Hill, C.V., Oei, T.P.S., & Hill, M.A. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the automatic thoughts questionnaire and dysfunctional attitudes scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11(4), 291-311.

- Hinden, B.E., Compas, B.E., Howell, D.C., & Achenbach, T.M. (1997). Covariation of the anxious-depressed syndrome during adolescence : Separating fact from artifact. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65(1), 6-14.
- Kandel, D.B., & Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. Archives of General Psychiatry, 39, 1205-1212.
- Kempton, T., Van Hasselt, V.B., Bukstein, O.G., & Null, J.A. (1994). Cognitive distortions and psychiatric diagnosis in dually diagnosed adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33(2), 217-222.
- Kendall, P.C., Stark, K.D., & Adam, T. (1990). Cognitive deficit or cognitive distortion in childhood depression. Journal of Abnormal Child Psychology, 18(3), 255-270.
- Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood. Archives of General Psychiatry, 41, 229-237.
- Larousse. (1991). Grand dictionnaire de la psychologie. Paris : Larousse.
- Larsson, B., & Melin, L. (1990). Depressive symptoms in swedish adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 18(1), 91-103.
- Laurent, J., & Stark, K. (1993). Testing the cognitive content-specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. Journal of Abnormal Psychology, 102(2), 226-237.
- LeBlanc, M. (1990). Family dynamics, adolescent delinquency, and adult criminality. Psychiatry Interpersonal and Biological Processes, 55(4), 336-353.
- LeBlanc, M. (1994). Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois. Canada : École de psychoéducation, Université de Montréal.
- Liau, A.K., Barriga, A.Q., & Gibbs, J.C. (1998). Relations between self-serving cognitive distortions and overt vs. covert antisocial behavior in adolescents. Aggressive Behavior, 24(5), 335-346.
- Licitra-Kleckler, D.M., & Waas, G.A. (1993). Perceived social support among high-stress adolescents : The role of peers and family. Journal of Adolescent Research, 8(4), 381-402.
- Lindström, P. (1996). Family interaction, neighbourhood context and deviant behaviour : A research note. Studies on Crime and Crime Prevention, 5(1), 113-119.

- Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions : Effects of age and gender. Clinical Psychology Review, 14(6), 497-523.
- Lyons, J.S., Perrotta, P., & Hancher-Kvam, S. (1988). Perceived social support from family and friends : Measurement across disparate samples. Journal of Personality Assessment, 52(1), 42-47.
- Mak, A.S. (1996). Adolescent delinquency and perceptions of parental care and protection : A case control study. Journal of Family Studies, 2(1), 29-39.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. Revue québécoise de psychologie, 16(3), 109-132.
- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. Adolescence, 31(124), 935-954.
- Marcotte, D., & Baron, P. (1993). L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotive-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs de milieu scolaire. Revue canadienne de counselling, 27(2), 77-92.
- Marcotte, D., & Leclerc, D. (2000). Les schèmes cognitifs des adolescents dépressifs et l'impact de la dépression sur le rendement scolaire. Article soumis.
- Marquis, P. (1992). Family dysfunction as a risk factor in the development of antisocial behavior. Psychological Reports, 71(2), 468-470.
- Marton, P., Churchard, M., & Kutcher, S. (1993). Cognitive distortion in depressed adolescents. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 18(3), 103-107.
- Marton, P., & Kutcher, S. (1995). The prevalence of cognitive distortion in depressed adolescents. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 20(1), 33-38.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31, 50-59.
- Messier, L.P., & Ward, T.J. (1998). The coincidence of depression and high ability in delinquent youth. Journal of Child and Family Studies, 7(1), 97-105.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior : A developmental taxonomy. Psychological Review, 100(4), 674-701.

- Morano, C.D., Cisler, R.A., & Lemerond, J. (1993). Risk factors for adolescent suicidal behavior : Loss, insufficient familial support, and hopelessness. Adolescence, 28(112), 851-865.
- Newcomb, M.D. (1997). General deviance and psychological distress : Impact of family support/bonding over 12 years from adolescence to adulthood. Criminal Behaviour and Mental Health, 7(4), 369-400.
- Nieminen, G.S., & Matson, J.L. (1989). Depressive problems in conduct-disordered adolescents. Journal of School Psychology, 27(2), 175-188.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). Sex differences in depression. Stanford, C.A. : Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychological Bulletin, 115, 424-443.
- Ostrander, R., Weinfurt, K.P., & Nay, W.R. (1998). The role of age, family support, and negative cognitions in the prediction of depressive symptoms. School Psychology Review, 27(1), 121-137.
- Patten, C.A., Gillin, J.C., Farkas, A.J., Gilpin, E.A., Berry, C.C., & Pierce, J.P. (1997). Depressive symptoms in California adolescents : Family structure and parental support. Journal of Adolescent Health, 20(4), 271-278.
- Pedersen, W. (1994). Parental relations, mental health, and delinquency in adolescents. Adolescence, 29(116), 975-990.
- Peiser, N.C., & Heaven, P.C. (1996). Family influences on self-reported delinquency among high school students. Journal of Adolescence, 19(6), 557-568.
- Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K.E. (1993). Depression in adolescence. American Psychologist, 48(2), 155-168.
- Power, M.J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C.F., Lam, D., & Beck, A.T. (1994). The Dysfunctionnal Attitude Scale (DAS). A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. Journal of Research in Personality, 28, 263-276.
- Procidano, M.E., & Heller, K. (1983) Measures of perceived social support from friends and from family : Three validation studies. American Journal of Community Psychology, 11(1), 1-24.

- Rapp, L.A., & Wodarski, J.S. (1997). The comorbidity of conduct disorder and depression in adolescents : A comprehensive interpersonal treatment technology. Family therapy, 24(2), 81-100.
- Reicher, H. (1993). Family and peer relations and social-emotional problems in adolescence. Studia Psychologica, 35(4-5), 403-408.
- Reinecke, M.A. (1995). Comorbidity of conduct disorder and depression among adolescents : Implications for assessment and treatment. Cognitive and Behavioral Practice, 2(2), 299-326.
- Rey, J.M., & Plapp, J.M. (1990). Quality of perceived parenting in oppositional and conduct disordered adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29(3), 382-385.
- Reynolds, W.M. (1992). Depression in children and adolescents. Dans W.M. Reynolds (Éd.), Internalizing disorders in children and adolescents. New York : Wiley and Sons.
- Reynolds, W.M. (1994). Depression in adolescents : Contemporary issues and perspectives. Advances in Clinical Child Psychology, 16, 261-316.
- Rhodes, J.E., & Fischer, K. (1993). Spanning the gender gap : Gender differences in delinquency among inner-city adolescents. Adolescence, 28(112), 879-889.
- Robinson, K.E., Jensen, J.M., & Yaffe, J. (1992). Depression and conduct disorder among hospitalized adolescents. Child and Adolescent Social Work Journal, 9(4), 329-339.
- Rutter, M., Harrington, R., Quinton, D., & Pickles, A. (1994). Adult outcome of conduct disorder in childhood : Implications for concepts and definitions of patterns of psychopathology. Dans : R.D. Ketterlinus & M.E. Lamb (Éds), Adolescent problem behaviors : Issues and research. New Jersey : Hillsdale.
- Sicotte, S., & Marcotte, D. (1998). Les attitudes dysfonctionnelles et le soutien social comme prédateur de la dépression chez les adolescents. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Silverthorn, P., & Frick, P.J. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior : The delayed-onset pathway in girls. Development and Psychopathology, 11(1), 101-126.

- Simons, R.L., & Miller, M.G. (1987). Adolescent depression : Assessing the impact of negative cognitions and socioenvironmental problems. Social Work, 32(4), 326-330.
- Slavin, L.A., & Rainer, K.L. (1990). Gender differences in emotional support and depressive symptoms among adolescents : A prospective analysis. American Journal of Community Psychology, 18, 407-421.
- Smith, T.W. (1982). Irrational beliefs in the cause and treatment of emotional distress: A critical review of the rational-emotive model. Clinical Psychology Review, 2, 505-522.
- Smith, D.A., Visher, C.A., & Jarjoura, G.R. (1991). Dimensions of delinquency : Exploring the correlates of participation, frequency, and persistence of delinquent behavior. Journal of research in crime and delinquency, 28(1), 6-32.
- Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 482-483.
- Tems, C.L., Stewart, S.M., Skinner, J.R. Jr., Hughes, C.W., & Emslie, G. (1993). Cognitive distortions in depressed children and adolescents : Are they state dependant or traitlike ? Journal of Clinical Child Psychology, 22(3), 316-326.
- Teri, L. (1982). The use of Beck Depression Inventory with adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 10, 277-284.
- Thurben, S., Crow, L.A., Thurber, J.A., & Woffington, L.M. (1990). Cognitive distortions and depression in psychiatrically disturbed adolescent inpatients. Journal of Clinical Psychology, 46(1), 57-60.
- Weist, M.D., Paskewitz, D.A., Jackson, C.Y., & Jones, D. (1998). Self-reported delinquent behavior and psychosocial functioning in inner-city teenagers : A brief report. Child Psychiatry and Human Development, 28(4), 241-248.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection : Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. Psychological Bulletin, 115(1), 28-54.

Appendice

Appendice

Résultats de l'analyse factorielle en composantes principales pour l'EAD

Numéro de l'item à l'EAD	Coefficients de saturation : sous- échelle réussite	Coefficients de saturation : sous- échelle dépendance	Coefficients de saturation : sous- échelle auto-contrôle
1	--	--	--
4	.64		
7	.67		
10	.60		
13			.34
16	.39		
19	.66		
22	.51		
2		.69	
5	.47	.34	
8		.64	
11	.46	.37	
14		.65	
17		.55	
20		.37	.30
23		.39	
3			.57
6	.34		.61
9			.51
12			.62
15	--	--	--
18			.60
21	.36		.59
24	.46		